



Escola Superior de Educação João de Deus

**Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em
Domínio Cognitivo e Motor**

**Perspetiva dos professores do 2º ciclo sobre a
importância do jogo no desenvolvimento de alunos com
Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção**

Maria do Rosário Borges de Pinho Fernandes

Lisboa, julho de 2012

Escola Superior de Educação João de Deus

**Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em
Domínio Cognitivo e Motor**

**Perspetiva dos professores do 2º ciclo sobre a
importância do jogo no desenvolvimento de alunos com
Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção**

Maria do Rosário Borges de Pinho Fernandes

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação João de Deus com
vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação na
Especialidade de Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, sob a
orientação da Professora Doutora Cristina F. S. Pires Gonçalves

Lisboa, julho de 2012

Resumo

As crianças com Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), podem ser um verdadeiro desafio para os pais, professores e para os próprios.

Apresentamos a PHDA, nomeadamente as suas causas, diagnóstico e tratamento numa tentativa de perspetivar a importância do jogo no desenvolvimento de crianças com esta perturbação.

O objetivo fundamental deste trabalho é tornar-se um instrumento para professores, de forma a tornar possível o processo de ensino e aprendizagem um sucesso para o aluno, tanto do ponto de vista cognitivo como social e emocional, para além de sensibilizar os docentes para uma problemática que vai muito além da irrequietude e agressividade, que vulgarmente apelida estes alunos.

Pretendemos demonstrar que os jogos podem ser ferramentas relevantes no desenvolvimento destas crianças, contribuindo para que aprendam a viver em sociedade. O jogo é uma ferramenta cultural muito importante, pois através dele o ser humano desfruta de momentos de diversão e descontração, beneficiando ainda de momentos de aprendizagem criativa. Os jogos permitem ao ser humano conhecer e refletir sobre a sua cultura, dando-lhe a oportunidade de modificar a sua forma de estar no mundo.

O uso do jogo faculta a libertação da imaginação e criatividade, culminando em melhorias a nível social, intelectual, emocional, motor e até mesmo académico. A prática pedagógica em crianças com PHDA, com base no jogo, permite o desenvolvimento de capacidades sociais, que são, de facto, um dos seus piores problemas.

Cabe ao professor usar o jogo como metodologia motivando os seus alunos, proporcionando-lhes momentos de aprendizagem únicos.

Palavras Chave: Hiperatividade – Défice de Atenção – Jogo – Aprendizagem – Desenvolvimento.

Abstract

Children with attention deficit hyperactivity disorder (PHDA) can be a true challenge to their parents, teachers and to themselves.

We present PHDA, mentioning its causes, diagnostic and treatment in an attempt to prospect the importance of the game in the development of children with this disturb.

The main aim of this paper is to become a useful tool for teachers, making the process of teaching and learning a success for the student, not only in a cognitive but also social and emotional view, as well as touch the teachers for a theme that goes beyond the restlessness and aggressiveness that commonly portrays this students.

We intend to show that games can be important tools in the development of these children, contributing for them to learn how to live in society. The game is a very important cultural tool, because through it the human being takes advantage of diversion and relaxing moments, benefiting from creative learning moments. The games make the human beings know and think about their culture, giving them the opportunity to change their way of being in the world.

The use of the game allows the liberation of the imagination and creativity, culminating in social, intellectual, emotional, motor and even academic improvements. The pedagogic practice among children with PHDA, based in the use of the game, allows the development of social capacities, that are in fact one of their worse problems.

It is an option of the teacher to use the game as a methodology, motivating his students, promoting them extraordinary learning moments.

Key Words: Hyperactivity – Attention Deficit – Game – Learning – Development.

Agradecimentos

Durante a realização deste trabalho, contei com a amizade e apoio de muitas pessoas. Para todas essas pessoas que participaram direta ou indiretamente na construção deste projeto, com quem convivi, de quem recebi estímulos, ensinamentos e colaboração, deixo aqui profunda gratidão, porque foram de extrema importância para que este esforço se tornasse realidade.

Agradeço ao Rui, meu marido e melhor amigo, pela disponibilidade, empenho, paciência e carinho que demonstrou desde o início deste trabalho, mas sobretudo por compreender a minha “ausência” e ser um verdadeiro companheiro.

Aos meus pais a quem devo a vida, que sempre me compreendem e apoiam, incentivando-me a ir mais longe, pelo carinho, compreensão e amor ilimitado que sentem por mim.

Às minhas amigas que me acompanharam nesta “caminhada”, por me incentivarem a realizar este mestrado e, sobretudo, por me acompanharem em todos os momentos, principalmente naqueles em que o desânimo me invadiu.

À orientadora deste projeto, Professora Doutora Cristina Saraiva, pelo desafio e confiança depositada no meu trabalho, pela sua liderança científica e pela sua paciência.

Abreviaturas

ADHD – Attention Deficit Hiperactivity Disorder

APA – Associação Americana de Psiquiatria

CEB – Ciclo do Ensino Básico

CID – Classificação Internacional das Doenças

DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico Estatístico das Perturbações Mentais

NIMH – National Institute of Mental Health

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHDA – Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

QI – Quociente de Inteligência

Índice geral

Resumo	IV
Abstract.....	V
Agradecimentos.....	VI
Abreviaturas	VII
Índice geral.....	1
Índice de tabelas	5
Índice de gráficos	6
Introdução	7
Capítulo 1 - Revisão da Literatura	10
1. A Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção	11
1.1. Evolução histórica do conceito de PHDA.....	11
2. Principais dimensões da PHDA	14
2.1 Definição	14
2.1.1. Défice de atenção	15
2.1.2. Hiperatividade.....	17
2.1.3. Impulsividade/ desinibição comportamental	18
3. Problemas associados à PHDA	20
3.1. Desempenho escolar.....	20
3.2. Desempenho social e comportamental.....	22
4. Causas da PHDA	24
4.1. Etiologia	24
4.2. Fatores.....	26
4.2.1 Hereditários/genéticos.....	26
4.2.2. Neurológicos.....	26

4.2.3. Pré e peri-natais.....	28
4.2.4. Ambientais e psicosociais.....	29
5. Diagnóstico da PHDA	30
5.1. Epidemiologia.....	30
5.2. Critérios de diagnóstico.....	31
5.3. Etapas de diagnóstico	34
5.3.1. Entrevista com a criança.....	34
5.3.2. Entrevista com os pais	35
5.3.3. Entrevista com o professor	35
5.3.4. Elaboração do diário do comportamento do aluno	36
5.3.5. Preenchimento de questionários pelos professores e pais	36
5.3.6. Observação direta da criança	37
5.4. Diagnóstico diferencial.....	37
6. Intervenção na PHDA.....	39
6.1. Intervenção farmacológica	41
6.1.1. Estimulantes.....	41
6.1.2. Antidepressivos tricíclicos.....	42
6.1.3. Agonistas e outras drogas	43
6.2. Intervenção comportamental-cognitiva	43
6.2.1. Estratégias de intervenção na sala de aula.....	45
6.2.1. Estratégias de intervenção parental.....	47
6.3. Intervenção combinada.....	49
7. O jogo	50
7.1. Definição de jogo	50
7.1. Evolução histórica do jogo	52
7.3. A importância do jogo.....	54

8. Classificação dos diferentes tipos de jogos.....	56
8.1. O jogo de exercício	57
8.2. O jogo simbólico.....	58
8.3. O jogo de regras.....	59
9. A importância do jogo no processo educativo	60
10. Influência do jogo no desenvolvimento da criança	62
11. Aplicação do jogo na sala de aula	63
12. A criança com PHDA e a influência do jogo.....	65
Capítulo 2 - Metodologia de Investigação.....	76
1. Introdução	77
2. Objetivos	77
2.1. Objetivos específicos da investigação.....	78
3. Problema	78
3.1. Hipótese de trabalho.....	78
3.1.1. Variável independente.....	78
3.1.2. Variável dependente.....	78
3.2. Hipótese contrária	79
3.2.1. Variável independente.....	79
3.2.2. Variável dependente.....	79
4. Instrumentos de Investigação.....	79
5. Calendarização	82
6. Protocolo de recolha e aplicação de dados	82
7. Dimensão e critérios de seleção da amostra.....	82
8. Ética da pesquisa	83
9. Procedimentos estatísticos	83
Capítulo 3 - Apresentação de Resultados	85

1. Introdução	86
2. Caracterização geral do universo da amostra.....	86
3. Apresentação dos resultados obtidos.....	90
3.1. A criança com PHDA.....	90
3.2. O jogo.....	93
3.3. A criança com PHDA e o jogo	96
3.4. Opinião sobre a importância do jogo	99
Capítulo 4 - Discussão dos Resultados.....	101
Comparação com a percepção dos professores do 1º CEB	107
Conclusão.....	115
Linhas futuras de investigação	118
Referências bibliográficas.....	119
Webgrafia.....	124
Anexos	1
Anexo A.....	2

Índice de tabelas

Tabela 1 – Critérios de Diagnóstico para a PHDA – DSM-IV-TR.....	32
Tabela 2 – Análise descritiva das caraterísticas da criança com PHDA	90
Tabela 3 – Análise descritiva das caraterísticas do jogo	93
Tabela 4 – Análise descritiva da criança com PHDA e o jogo.....	96

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Género	87
Gráfico 2 – Idade.....	87
Gráfico 3 – Habilitações académicas	88
Gráfico 4 – Tempo de serviço.....	88
Gráfico 5 – Formação/ Especialização em Educação Especial	89
Gráfico 6 – Conhecimentos sobre a PHDA.....	89
Gráfico 7 – Trabalhou com crianças com PHDA?.....	89
Gráfico 8 – Perspetiva dos professores do 1º CEB sobre a criança com PHDA.....	108
Gráfico 9 – Perspetiva dos professores do 2º CEB sobre a criança com PHDA.....	109
Gráfico 10 – Perspetiva dos professores do 1º CEB sobre o jogo	110
Gráfico 11 – Perspetiva dos professores do 2º CEB sobre o jogo	111
Gráfico 12 – Perspetiva dos professores do 1º CEB sobre a criança com PHDA e o jogo	112
Gráfico 13 – Perspetiva dos professores do 2º CEB sobre a criança com PHDA e o jogo	113

Introdução

Hoje em dia, todos os educadores se deparam com grupos de alunos heterogéneos, facto que, por vezes, dificulta o seu trabalho, no entanto devem ter como objetivo primordial incluir todos e cada aluno, tentando compreender a essência e problemática de cada um. Seguindo a linha de pensamento de Nielsen (1999), todos os indivíduos que, de alguma forma, estão ligados à educação devem assegurar que a totalidade dos alunos:

“tenham direito a uma educação igual e de qualidade. Que todos os alunos sejam vistos no seu todo quanto ao seu crescimento e desenvolvimento. Que a todos os alunos seja provida uma educação que respeite as suas necessidades e características que, na sua essência, constituem direitos fundamentais de toda a criança.” (p. 9).

Cabe então aos profissionais da educação procurar entender e fazer com que as necessidades dos nossos alunos sejam atendidas da melhor forma, tal como refere Correia (1999) é “da nossa responsabilidade fazer com que toda a criança com NEE, não obstante a severidade da sua problemática, receba uma educação apropriada, pública e gratuita, de acordo com as suas características e necessidades específicas.” (p. 15).

Nas escolas os problemas de comportamento e de aprendizagem estão na ordem do dia e são estes que mais preocupam professores, pais e os demais intervenientes no processo educativo. Neste sentido, proponho-me a realizar uma pesquisa sobre a Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), uma vez que esta, embora muito estudada nos últimos anos, continua a ser um grande problema nas escolas e famílias portuguesas.

Lamentavelmente muito se fala e pouco se sabe, é muito comum que as pessoas emitam comentários e opiniões, maioritariamente sem base fundamentada acerca da hiperatividade e das crianças hiperativas, pois ainda reside alguma confusão entre os que não se debruçaram sobre a temática.

É comum que a criança com hiperatividade seja, não só na sala de aula, mas noutros contextos sociais, encarada e apelidada como mal-educada, irrequieta e, muitas vezes, até mimada, pelo facto de apresentar comportamentos desadequados e impróprios para determinado local e/ou situação. O facto de a criança ser erradamente apontada e

marginalizada, em vez de compreendida e ajudada, pode levá-la a extremos de desânimo e angústia e a uma diminuta autoestima que pode agravar-se e chegar à depressão.

São também conhecidos os problemas de déficit de atenção associados à hiperatividade, que uma vez mais rotulam estes alunos como preguiçosos, confusos e desorganizados, tornando desta feita os problemas e dificuldades de aprendizagem inerentes à perturbação em algo mais grave, resultando num aumento de comportamentos de irrequietude e de desinteresse escolar.

Pretendemos com este projeto, não só contribuir para uma melhor compreensão pessoal, mas também da comunidade educativa sobre a PHDA, bem como perceber se pode ser beneficentemente influenciada pela prática pedagógica de jogos. Este trabalho tem como finalidade analisar se os jogos podem ser usados para ajudar a criança a ultrapassar as suas dificuldades a nível social, motor, intelectual, emocional e/ ou até mesmo académicas.

Como refere Chaves (1992) “Embora a importância do jogo no desenvolvimento da criança seja unanimemente reconhecida, a sua utilização pedagógica tem sido sempre objeto de grande controvérsia.” (p. 77). Iremos então tentar perceber se os professores do 2º Ciclo do Ensino Básico (CEB), na sua prática pedagógica, se deparam com frequência com alunos com PHDA, se usam frequentemente o jogo como metodologia de trabalho e se acreditam que o uso de jogos pode contribuir para o desenvolvimento da aprendizagem das referidas crianças.

Ao longo dos quatro capítulos em que se divide o trabalho, pretendemos perceber a evolução histórica do conceito da PHDA, incidindo nas tendências atuais. Trataremos também as suas principais dimensões - o déficit de atenção, a hiperatividade e a impulsividade. Serão abordados os problemas associados à PHDA, a etiologia e epidemiologia, bem como o diagnóstico de crianças com PHDA e diferentes formas de intervir tendo sempre como base o jogo.

É essencial que se entenda o jogo no que concerne à sua definição, classificação, evolução histórica, importância no processo de ensino e aprendizagem e se é viável a sua utilização

no contexto de sala de aula. Finalmente, tentaremos perceber até que ponto poderá o jogo ser uma influência positiva no desenvolvimento das crianças com PHDA, se é verdade que, por mais rebeldes que sejam, aprendem quando jogam, entregando-se a uma nova realidade na qual podem relaxar, e se perante novos desafios conseguem manter-se motivados.

Seguir-se-á a representação da investigação levada a cabo neste projeto, que visa perceber qual a importância do jogo na prática pedagógica em alunos com PHDA do 2º CEB. Para que tal seja possível, serão analisados questionários que serão aplicados a professores do 2º CEB, de forma a verificar se o problema e hipótese de trabalho pré-estabelecidos se verificam ou se pelo contrário na opinião destes profissionais não fazem qualquer sentido. Para finalizar o trabalho, será realizada uma reflexão, tendo em conta não só a parte empírica do trabalho, mas também os resultados dos inquéritos, na qual incluiremos um ponto que dedique especial atenção à comparação deste estudo relativamente ao anterior, em que se analisou a perceção dos professores de 1º CEB sobre a importância do jogo no desenvolvimento de alunos com PHDA.

Capítulo 1 - Revisão da Literatura

1. A Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

1.1. Evolução histórica do conceito de PHDA

A PHDA é uma temática que, embora não seja recente, continua a ser alvo de grande estudo e controvérsia, sobretudo quando se fala de crianças de tenra idade, como são as crianças a frequentar o 2º CEB. Embora nos últimos anos, as proporções da PHDA tenham vindo a aumentar consideravelmente, este é um conceito descrito pela primeira vez em 1902 por George Still. Este médico Inglês descreveu um conjunto de crianças, cujo comportamento se assemelhava, predominando o défice de atenção e o excesso de atividade. Still, já na altura, acreditava que este comportamento não era causa de uma má educação, contribuindo desta forma para um aumento do interesse e da investigação sobre esta perturbação.

Após uma epidemia de encefalite nos EUA, um pouco antes dos anos 20, que originou excesso de atividade e défice de atenção nas crianças, devido a danos nas mesmas partes do cérebro que as crianças com PHDA, a evolução e designação desta perturbação sofreu uma enorme evolução.

Nesta altura, primeira metade do século XX, nos países de língua Inglesa, a PHDA é vista como um sintoma que se denomina de hiperquinésia ou hiperatividade e que tem origem numa lesão cerebral que poderá ser ou não detetada.

Nos anos 50 e 60, uma série de alterações ao nome surgiram e a PHDA passou a ser tema de grande controvérsia e interesse. Surge a designação de lesão cerebral ou lesão cerebral mínima para a perturbação que inclui a hiperquinésia, a falta de atenção, a impulsividade e o atraso escolar, que rapidamente foi contestado devido ao seu duvidoso grau de validade.

Ainda por volta dos anos 60, Chess (cit. por Lourenço, 2009) focou o excesso de atividade como o principal sintoma da doença e retirou aos pais a culpa dos problemas dos filhos, separando os conceitos de perturbação de hiperatividade e perturbação de lesão cerebral.

Segundo Messina & Tiedemann (2006 cit. por Lourenço, 2009), no final desta década já muito se sabia sobre a PHDA, mas a sua relação a uma base biológica começou a gerar discussões sobre a sua existência. Muitos acreditavam que a perturbação era uma tentativa de retirar aos pais a culpa de terem filhos mimados e mal comportados. Depois deste período de incertezas, novas descobertas começaram a ser feitas ligando os problemas associados à PHDA a certos tipos de neurotransmissores.

Nesta altura, começam a surgir divergências nas atitudes dos americanos e dos europeus face à PHDA e sua caracterização. Ao passo que, no Reino Unido e Europa, a hiperatividade era encarada como um estado excessivo de atividade, pouco comum e normalmente associado a outros sinais de lesão cerebral, nos Estados Unidos da América, era vista como uma perturbação comportamental relativamente frequente, caracterizada por níveis de atividade superiores ao normal. Como consequência destas divergências de atitudes, apresentam-se critérios de diagnóstico, dados de prevalência e prescrições de tratamento consideravelmente diferentes, que se traduzem na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde e no Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana.

Segundo Lopes (2004), na década de 70 deu-se uma explosão no número de estudos sobre a PHDA. A hiperatividade deixa de ser o fator essencial da perturbação. O trabalho de Virginia Douglas, psicóloga Canadiana, foi fulcral para esta mudança, sendo que as suas inúmeras investigações colocam a tónica na importância do défice de atenção e impulsividade.

Os anos 70 foram também um importante marco no que concerne aos diferentes tipos de terapêuticas, variando entre as técnicas de modificação de comportamento aplicadas em sala de aula e as terapias medicamentosas, geralmente mais rápidas e eficazes. A administração de medicamentos, que pudessem acalmar as crianças e viessem a ter efeitos positivos ao nível do funcionamento cerebral, foi então particularmente estudada nesta década e os efeitos do metilfenidato, mais comumente referido como Ritalina, foram comparados com diversas intervenções nas mais variadas áreas do desenvolvimento.

À semelhança do que aconteceu na década de 70, na de 80 a tendência de estudos acerca da PHDA evidencia-se, tornando-se esta perturbação, uma das problemáticas de maiores estudos psiquiátricos da infância. Segundo Lopes (2004), a década de 80 constituiu “uma autêntica “idade de ouro”” (p. 48), não só pela quantidade, mas sobretudo pela qualidade de trabalhos efetuados e pelos importantes progressos na metodologia de investigação, no estudo da etiologia, nos instrumentos de avaliação, bem como nos modelos de gestão comportamental.

A década de 90 foi a década de todas as decisões e de intensa investigação. O DSM-III (APA, 1980,cit.por Lopes, 2004) apresenta novos critérios de diagnóstico com base nas investigações realizados nos anos anteriores. Os sintomas são apresentados numa lista detalhada de verificação de comportamentos. São criados alguns subtipos desta perturbação: PHDA com Hiperatividade; PHDA sem Hiperatividade; e PHDA residual que constitui um subtipo com contornos pouco definidos. O DSM-IV (APA, 1994 cit. Lopes, 2004), por seu lado, divide os sintomas de forma diferente. Ressalva ainda que, mais importante do que o agrupar dos sintomas, é a sua observação durante períodos mais ou menos prolongados e pelos menos em dois contextos, o que veio aproximar a perspetiva americana e europeia, mostra ainda a importância do despiste realizado em ambientes estruturados, como na sala de aula, e considera que os professores são observadores privilegiados.

A década seguinte foi pautada por uma série de desenvolvimentos importantes, sobretudo o aumento de pesquisas sobre a base biológica e genética da perturbação. Estes desenvolvimentos permitiram relacionar a base da PHDA com fatores genéticos e neurológicos e não tanto com fatores sociais ou ambientais como se acreditava. Devido a esta evolução, passou a ser reconhecida a ideia de que um défice na inibição comportamental poderia ser a característica da PHDA que mais facilmente a distinguia de outras perturbações mentais e de desenvolvimento e que estaria associado com uma dificuldade significativa no desenvolvimento típico das quatro funções executivas ligadas à autorregulação (Barkley, 2006). Foi também aventada a hipótese do subtipo predominantemente desatento, sem comportamento hiperativo – impulsivo, constituir uma

desordem distinta dos subtipos hiperativo - impulsivo ou tipo combinado (Barkley *et al.*, 1992; Goodyear e Hynd, 1992; Lahey e Carlson, 1992 cit por Barkley, 2006).

De acordo com Barkley (2006) atualmente, a PHDA é reconhecida como uma perturbação universal com uma crescente aceitação, tanto quanto à sua existência, como no que se refere ao seu estatuto, enquanto condição crónica e incapacitante. Desta forma, a utilização da mesma terminologia, critérios de diagnóstico e protocolos de tratamento, permitem às crianças com PHDA e às suas famílias o benefício da imensa informação realizada mundialmente.

2. Principais dimensões da PHDA

2.1 Definição

É facilmente perceptível que a PHDA é uma perturbação de difícil definição e diagnóstico. A terminologia pela qual é designada varia também de acordo com os autores, sendo por vezes referida como um comportamento, como uma característica ou até mesmo como um distúrbio (Fonseca, 1998).

Os resultados encontrados nos diferentes estudos são confusos e inconclusivos, uma vez que o grande número de características e causas atribuídas à PHDA constitui um grande entrave à sua definição.

No entanto, o que parece ser do senso comum e de ordem consensual são as características que uma criança apresenta quando sofre da PHDA, designadas muitas vezes como tríade: défice de atenção muito acentuado, agitação motora excessiva ou hiperatividade ou até a resposta quase inata às situações sem pensar nas consequências, também denominada frequentemente por impulsividade. Assim Barkley defende que, “as crianças P.H.D.A. são normalmente descritas como apresentando dificuldades crónicas de (a) atenção, (b) hiperatividade e (c) impulsividade”, constituindo a “santíssima trindade do distúrbio” (1990, cit. por Lopes, 2004).

De facto, os vários autores que se debruçaram sobre a temática perceberam que mais importante do que a designação era a caracterização, no intuito de facilitar a avaliação e intervenção necessárias. Deste modo, procederam à delimitação de subgrupos, na tentativa de obter maior homogeneidade e resultados mais fidedignos (Lopes, 2004).

A DSM-IV-TR, publicada em 2002 pela Associação Americana de Psiquiatria, é responsável pela generalização do termo “Attention Deficit Hiperactivity Disorder” (ADHD), em português PHDA, referindo-se a indivíduos que apresentam perturbações disruptivas do comportamento e défice de atenção caracterizados por “padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperactividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento” (p.85). Segundo Lopes (2004) isto significa que, a PHDA apresenta características comportamentais que são comuns aos humanos, mas que alguns apresentam num grau extremo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por seu lado, caracteriza o Distúrbio Hiperactivo pela falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo e uma tendência a passar de uma atividade para outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, descoordenada e excessiva. Sobressaem, assim, três particularidades essenciais: défice de atenção, hiperatividade e impulsividade.

2.1.1. Défice de atenção

O Défice de Atenção é talvez o mais importante e mais referido definidor da PHDA. São vários os estudos que mostram que o facto de a criança não conseguir estar sentada e concentrada a desenvolver determinada tarefa é, muitas das vezes, o que interfere com a atenção seletiva, com o rendimento escolar e com as relações interpessoais. A atenção de uma criança com esta perturbação dispersa-se facilmente, pelo que mesmo fazendo um esforço consciente para se concentrar e prestar atenção, a perturbação está fora do seu controlo e esvai-se. Esta dificuldade em estar atento pode estar presente durante atividades lúdicas (mudar frequência de brinquedos ou ter brincadeiras mais curtas que as outras

crianças), mas agrava-se durante a realização de tarefas enfadonhas, repetitivas ou que exigem elevados níveis de atenção (Lopes, 2004).

Quais são então as características mais comuns associados à falta de atenção?

- “Distrai-se facilmente;
- Esquece-se com frequência;
- Está sempre a perder coisas;
- Parece estar sempre muito atarefado;
- Está sempre a adiar (protelação);
- É desleixado;
- Tem dificuldade em executar uma tarefa do princípio até o fim;
- Tem muitos projectos inacabados;
- Detesta papelada;
- Tem dificuldade em manter-se sentado;
- Tem dificuldade em concentrar-se durante comunicações ou reuniões;” (Sosin, 2006, p. 7)

Em situações escolares é muito provável que o défice de atenção se manifeste, até porque a criança deixa-se levar por estímulos irrelevantes, interrompendo com frequência as atividades que deveria desenvolver e demorando mais tempo a retomá-las, quando não se esquece totalmente. É ainda provável que sinta dificuldade em prestar atenção a pormenores, que erre repetidamente e que não consiga gerir o seu tempo.

Ainda que o ambiente escolar não seja o melhor meio onde se possa avaliar este tipo de comportamentos, as crianças com défice de atenção acabam por revelar um lado positivo: são criativos, inteligentes e conseguem desenvolver atividades e ideias novas e criar novas descobertas e invenções.

O papel do professor ganha grande responsabilidade nestes casos, porque está nas suas mãos ajudar o aluno para que este possa com trabalho árduo atingir os seus objetivos tirando o máximo proveito da vida e das suas capacidades.

O défice de atenção pode ainda levar a criança a um desânimo e falta de autoestima, estando as suas relações sociais gravemente comprometidas, uma vez que dificilmente conseguirá mater os seus amigos, atendendo ao fato de não conseguir estar atento ao que os outros dizem e de não conseguir cumprir regras a prática de jogos.

2.1.2. Hiperatividade

Inicialmente, a hiperatividade era encarada como o traço distintivo desta tríade, sendo que os mais sossegados que apresentavam todos os sinais acabavam por passar despercebidos. Nesta altura as crianças irrequietas eram as que maior atenção requeriam.

As crianças com hiperatividade, têm dificuldade em absorver-se numa só coisa e impacientam-se ao fim de alguns minutos à volta de uma só tarefa. Podem até prestar atenção a atividades e coisas do seu agrado. Mas, quando se trata de organizar, estar atentas a uma tarefa ou aprender algo de novo, manifestam uma grande dificuldade, distraíndo-se facilmente com qualquer estímulo exterior. Movimentam frequentemente as mãos e pés, sobretudo quando estão sentados; levantam-se dentro da sala de aula bem como noutras situações em que se espera que estejam sentados; correm ou saltam excessivamente numa situação que é inadequado fazê-lo; têm dificuldades em dedicar-se tranquilamente a um jogo; agem como se estivessem ligados a um motor e falam em excesso.

Para Barkley (2006) as crianças com hiperatividade apresentam, normalmente, níveis excessivos de atividade motora ou oral, que se manifestam pela irrequietude, nervosismo, movimentos grosseiros e desnecessários para a tarefa e, por vezes, desproporcionados e desapropriados.

A hiperatividade, como já foi referido, manifesta-se através de uma atividade corporal excessiva e desorganizada que, com frequência, não tem um objetivo concreto. A criança tem dificuldades ao nível de motricidade grossa (por exemplo, dificuldades de coordenação visual – manual) e com certa frequência observam-se movimentos involuntários de dedos que interferem na realização de certas tarefas.

A hiperatividade pode persistir ao longo da vida de um indivíduo. Na idade pré-escolar e escolar estas crianças têm dificuldades em estar quietas ou de ouvir alguém contar uma história. Em casa, levantam-se da mesa antes de terminar a refeição, durante o visionamento de filmes ou desenhos animados. Na adolescência e na idade adulta, a hiperatividade manifesta-se por inquietação e dificuldade em manter tarefas tranquilas

(APA, 2002). O adulto hiperativo tem tendência para desesperar em filas de trânsito, não conseguir permanecer sentado em salas de espera e ter dificuldades em estar no mesmo sítio durante muito tempo.

É necessário manter presente a ideia de que “a actividade motora excessiva é um padrão de resposta automático que a criança não consegue controlar na totalidade.” (Sosin, 2006, p. 46), para que se possa lidar com estas pessoas da melhor forma possível, sobretudo numa atitude aberta e de compreensão.

2.1.3. Impulsividade/ desinibição comportamental

Lopes (2004) defende que “A desinibição comportamental constitui uma incapacidade de controlo pessoal em resposta a exigências da situação. O fracasso na inibição de comportamentos tem recebido na literatura a denominação de impulsividade” (p. 81).

Para Isabel Vilar (2002), a impulsividade numa criança com PHDA surge de forma imatura e inadequada, visto que não tem capacidade suficiente para refletir ou maturidade para analisar eficazmente uma situação real ou imaginária.

A impulsividade tem manifestações a nível não só emocional mas também cognitivo. A falta de controlo emocional faz com que a criança aja sem refletir numa busca imediata de satisfação do desejo, não avaliando as consequências dos seus atos.

Com baixa tolerância à frustração, desenvolve na maioria das vezes manifestações de irritabilidade, devido a tensões criadas pelos comportamentos imprevisíveis.

A nível cognitivo, esta perturbação afeta sobretudo o desempenho escolar, dado que leva a criança a responder aos estímulos sem pensar. Assim, pode consequentemente apresentar dificuldades em tarefas mais complexas tais como a leitura, a escrita e até a matemática.

A impulsividade é uma das características psicológicas mais importantes da idade pré-escolar que é substituída progressivamente por um maior controlo dos impulsos e por uma crescente capacidade de reflexão sobre as diferentes situações (Cruz, 1987, Sonuga-Barke, 1988 cit. por Lopes, 2004). Assim, as crianças impulsivas são consideradas menos socializadas, menos competentes a lidar com os impulsos agressivos, incapazes de inibir impulsos motores e de resistir à tentação (Cruz, 1987 cit. por Lopes, 2004).

A conduta impulsiva constitui um dos aspetos preponderantes nas crianças com PHDA, observando-se uma tendência à satisfação imediata dos seus desejos e pouca tolerância à frustração. A impulsividade reflete-se na incapacidade de controlar as suas emoções e o seu comportamento. As crianças não conseguem parar para pensar nos seus atos, o que pode ser decisivo na sua sobrevivência, pela incapacidade de voltar atrás. Esta criança pode tornar-se incómoda para professores e colegas ao interromper as conversas, ao dar empurrões na fila de espera no refeitório e, quando contrariada, pode ficar irritada. A impulsividade faz parte da sua natureza e muitas vezes ficam chocadas, quando lhes dizem que estão a fazer alguma coisa mal.

Segundo Sosin (2006) a impulsividade é caracteriza-se pelos seguintes aspectos:

- “Agir sem pensar;
- Saltar de uma actividade para outra;
- Desafiar ou dissuadir, interrompendo as conversas;
- Ter dificuldade em esperar pela sua vez;
- Expressar sentimentos ou ideias sem pensar – pode ser considerado brutalidade, falta de tacto ou mesmo insensibilidade;
- Tomar decisões, incluindo decisões importantes, sem prever ou pensar nas consequências;
- Agir com ousadia, sem medo ou em busca de emoções fortes – adoptando comportamentos perigosos sem reconhecer necessidade de ter cautela;
- Repetir comportamentos problemáticos – sem aprender com as experiencias anteriores;
- Alinhar em novas experiencias sem ler primeiro as instruções nem verificar as indicações.” (p. 37)

Ainda que a palavra “ impulsividade” tenha conotações negativas, pode também ser conotada com “criatividade”, “espontaneidade” e “intuição”. Este lado positivo só é descoberto muitas vezes, depois da saída da escola. Um pensamento criativo, a capacidade de tomar decisões rápidas surge espontaneamente, não é planeado. Segundo Gardner,

(1983, cit. por Sosin, 2006), a criatividade é um dos muitos tipos de inteligência que podem ser demonstrados por uma pessoa.

3. Problemas associados à PHDA

Existem muitas dúvidas sobre as causas da PHDA. A razão pela qual essas dúvidas ainda hoje persistem, são os vários problemas que provocam sintomas parecidos aos da PHDA.

Segundo a OMS, a hiperatividade é acompanhada de outros problemas menos específicos. Esta tendência de coexistência de sintomas chama-se comorbidade e faz com que a PHDA continue a ter um difícil diagnóstico, sendo encarada como um problema de comportamento, de aprendizagem ou de funcionamento social e emocional.

Devido a estes problemas, dão-se revisões sucessivas de critérios diagnósticos das ‘variantes’ e ‘subtipos’ de PHDA que ‘aparecem e desaparecem, simplesmente para voltarem a aparecer’ (McBurnett, Lahey e Pffifner, citados por Lopes, 2004).

Embora nem todas as crianças com PHDA sofram destes problemas, a verdade é que, num número mais elevado do que o esperado, eles ocorrem. Selikowitz (2009) explica que a PHDA é reconhecida como uma das causas mais comuns das dificuldades de aprendizagem (DA) e comportamentais das crianças em idade escolar.

Daremos então relevância às dificuldades sentidas em contexto escolar, muito embora saibamos que estes problemas representam dificuldades nos vários contextos de vida de quem tem PHDA.

3.1. Desempenho escolar

Como nos diz Lopes (2004), os resultados literários relativamente ao desenvolvimento intelectual das crianças com PHDA não são de todo claros.

De entre os vários problemas associados à PHDA, os problemas no domínio cognitivo e académico, são aqueles, que têm maior representação em contexto de sala de aula. De acordo com Barkley (2006) abrangem dificuldades intelectuais ligeiras, deficiências moderadas ou graves no funcionamento adaptativo e no desempenho académico e risco acrescido de desenvolvimento de dificuldades de aprendizagem

Para o mesmo autor, (1990, cit. por Lopes, 2004) é controverso que crianças com hiperatividade tenham níveis de realização escolar reduzidos e consideravelmente inferiores às suas capacidades. Isto facilmente seria explicado, atendendo a que estas dificuldades resultam dos problemas de atenção, impulsividade e, sobretudo, da irrequietude, bastante punidas em contexto de sala de aula.

Quanto ao aspeto cognitivo, a criança poderá ter danos em termos de dificuldades escolares em função da falta de atenção e da falta de autocontrolo. Pode sentir dificuldade em expressar-se porque a fala não acompanha a velocidade da mente, dado que ‘come palavras’ ou aparecem as chamadas ‘brancas’, o que complica a comunicação, uma vez que tanto a linguagem oral como a escrita requerem um traçado de sucessões de palavras, frases, parágrafos, etc.

A atenção e a memória são, fundamentais para que se adquiram aptidões de compreensão e de formulação da linguagem ajustada.

Outros autores sugerem que as diferenças de quociente de inteligência (QI), encontrados em muitos estudos se devem ao nível sócio-económico ou à coocorrência de dificuldade de aprendizagem e distúrbios de conduta. Também conclui-se que as dificuldades apresentadas por estas crianças se devem aos já referidos problemas de atenção, impulsividade e da irrequietude.

Vários são os autores (cit, por Lopes, 2004) a afirmar que “nos Estados Unidos, 40% das crianças hiperactivas recebem programas educativos especiais” (p. 93). Verifica-se que cerca de um terço das crianças hiperativas foi retida pelo menos uma vez antes de entrar no ensino secundário, que recebe mais suspensões, expulsões e que abandona mais cedo a

escola (Barkley, 1991, cit. por Lopes, 2004). Estes resultados advêm do comportamento desatento, impulsivo e inquieto em sala de aula, que tem como resultado, um percurso escolar cheio de situações comprometedoras.

Lopes (2004) atesta que a utilização de medicação estimulante para essas crianças pode ajudá-las a controlarem melhor o seu comportamento, a serem mais disponíveis para a aprendizagem e a serem mais toleradas pelos professores e colegas, ajudando-as consequentemente no seu contexto escolar e permitindo-lhes melhorias significativas nos seus resultados académicos.

É então importante referir que, mesmo que não haja um consenso total das questões relacionadas com a associação de determinados problemas à PHDA, é necessário não esquecer, que as consequências daí resultantes, precisam de intervenção, para que se possam reduzir os seus efeitos no futuro escolar desta população.

3.2. Desempenho social e comportamental

Lopes (2004) defende que o desempenho social e comportamental é uma das áreas onde os problemas manifestados por crianças com PHDA são mais visíveis, uma vez que estas questões têm implicações ao nível da sua adaptação futura em sociedade.

Os problemas de relacionamento associados ao comportamento de crianças com PHDA estabelecem um confronto entre um contexto escolar muito exigente e os comportamentos opostos aos sintomas que apresentam. Exemplos disso são as dificuldades que expressam nos relacionamentos com os colegas, com comportamentos disruptivos, com a desobediência a regras e a figuras representativas de autoridade, como professores ou outros agentes educativos. Para DuPaul e Stoner (2007), estas crianças apresentam um comportamento social turbulento para com os seus colegas.

Os problemas de desempenho social e comportamental mais conhecidos associados à PHDA, são: as tentativas de se juntarem a atividades de grupo em curso sem respeito pelas

regras instituídas; a pobre manutenção da conversação (interrompe frequentemente e não dão atenção ao que os outros dizem); a utilização de soluções agressivas para problemas banais; ou a facilidade para perder a calma perante um conflito ou frustração em situações sociais. (Lopes, 2004; Guevremont, 1990; cit. por DuPaul e Stoner, 2007; DuPaul e Stoner, 2007, cit. por Baptista, 2010).

De acordo com alguns estudos, mais de 70% das crianças com PHDA, experienciam relações de amizade não correspondidas, devido ao facto das crianças sem PHDA não quererem fazer amizade com estas, especialmente com aquelas que têm excesso de atividade motora. O que explica isto são os comportamentos de desobediência e de agressividade, acima referidos. Ora, como par de uma criança que sofra deste tipo de perturbação, torna-se difícil e incompreensível poder aceitar este tipo de atitudes. Assim, as crianças com PHDA acabam por ser rejeitadas pelos colegas em algumas tarefas ou atividades.

Os problemas com o desempenho social não são exclusivamente experienciados por quem se relaciona com as crianças com PHDA. Mais do que qualquer uma destas pessoas, sejam eles os pais, os colegas ou os professores, são talvez, as próprias crianças com PHDA que mais sofrem com a situação.

Todas estas questões são problemáticas e têm consequências, uma vez que a criança e futuro adolescente irá sempre ver-se como rejeitada, encarando-se “a si própria e ao mundo como negativos, afectando provavelmente muitos aspectos do seu desenvolvimento moral social, académico e afectivo.” (Lopes, 2004, p.106).

Para além de todos os problemas associados à PHDA que já referimos, estes indivíduos podem apresentar outros problemas. É vulgar a existência de problemas ao nível da linguagem, que podem variar do atraso no início da aquisição da linguagem, até às dificuldades no discurso oral; da noção de tempo, do comportamento adaptativo, no desenvolvimento motor e vários problemas de saúde. São ainda enumeradas situações de comorbilidade entre a PHDA e várias Perturbações Psiquiátricas, como a Perturbação de Oposição e Conduta, a Perturbação do Humor e da Ansiedade, a Doença Bipolar, as Perturbações Psicossomáticas e o Síndrome de Tourette.

Como já foi referido, são vários os problemas associados à PHDA e na sua maioria têm consequências preocupantes que se prolongam pela vida de todos aqueles que têm a perturbação. O contexto escolar é talvez aquele onde estes problemas são mais notórios e por isso onde os professores têm um papel fundamental em termos de intervenção. Assim, a percepção que os professores têm das crianças com PHDA pode influenciar grandemente esta situação (DuPaul & Stoner, 2007). Os professores são basilares em todo este processo, pois, para além do impacto direto nestas crianças, influenciam também os seus pares, nomeadamente nas percepções destes sobre os colegas que têm a perturbação. Se a percepção que o professor transmite for positiva, os problemas tendem a atenuar, no entanto se acontecer o contrário, os problemas continuam a adensar-se. É por isso fundamental que os professores busquem conhecimento que os leve a compreender estas crianças, para que os ajudem no seu desempenho académico e social.

4. Causas da PHDA

4.1. Etiologia

São vários os modelos criados que tentam explicar quais as causas do aparecimento da PHDA na criança. Apesar das muitas investigações, Lopes (2004) diz-nos que estas são ainda “desconhecidas”.

Ainda hoje, um dos grandes desafios que se colocam tanto a profissionais que trabalham com crianças hiperativas como a pais que têm filhos com estes problemas é o de determinar a origem da hiperatividade. Apesar de se tratar de um distúrbio frequente na infância e que tem sido objeto de estudo de muitos médicos e psicólogos, as causas que conduzem à origem da PHDA não revelam dados precisos e conclusivos de identificação dos fatores que determinam esta perturbação.

Nos últimos 30 anos, têm sido vários os esforços para desenvolver novos métodos e técnicas de estudo desta perturbação. Certo é que estamos ainda um pouco longe de conhecer com exatidão o que desencadeia a hiperatividade. Porém, é de reiterar que um só

fator não origina hiperatividade, quanto muito, é necessário um conjunto de fatores para descortinar a origem da PHDA.

Lopes (2004) de forma muito clara afirma que as causas da PHDA são mais endógenas do que exógenas, isto é, têm mais a ver com fatores internos da própria criança do que com fatores do meio.

Por outro lado, algumas teorias defendem que os problemas familiares como discórdia conjugal, baixa instrução da mãe, famílias monoparentais são uma das causas da PHDA já que, em qualquer perturbação do comportamento, é provável que a criança aprenda a comportar-se de modo "desatento" ou "hiperativo" simplesmente por ver determinados comportamentos dos pais, o que exclui o papel dos genes (Simões, 2007).

Algumas teorias defendem também que os fatores de ordem cerebral são uma das causas da PHDA. De acordo com estas teorias, as crianças com PHDA não produzem substâncias químicas suficientes nas áreas mais importantes do cérebro, responsáveis pela organização do pensamento. Sem estas substâncias, os centros responsáveis pela organização do cérebro não funcionam corretamente (Barkley 2006).

Depois de vários estudos, conclui-se que, provavelmente, as causas que conduzem à PHDA dependem de fatores diversificados, familiares, cerebrais e genéticos. É para já difícil determinar uma etiologia precisa, já que nenhum dano cerebral é detetável. Assim sendo, a opinião mais generalizada é que as condutas neuropsiquiátricas parecem ser resultado de uma complexa combinação de fatores ambientais, genéticos e biológicos/neurológicos.

4.2. Fatores

4.2.1 Hereditários/genéticos

De todas as causas conhecidas e estudadas, a hereditariedade ou os fatores genéticos vão ganhando notoriedade face às restantes causas consideradas como possíveis, desempenhando o ambiente em que a criança se encontra um papel muito reduzido na sua causa.

A verdade é que, como nos diz Lopes (2004), há muito tempo que se sabe que os parentes biológicos das crianças que sofrem de PHDA têm tendência para apresentar mais problemas do que os parentes das crianças que não sofrem de qualquer perturbação. Entre os problemas destacam-se: alcoolismo, problemas de conduta, hiperatividade e depressão.

Lopes (2004), sugere ainda um contributo expressivo dos estudos genéticos. Os numerosos estudos efetuados em famílias com PHDA, mostraram um fator familiar significativo para esta perturbação. A hereditariedade reverenciada é alta, excedendo os 70% em alguns destes estudos, o que aponta uma forte influência genética.

Na década de 90 do século XX prosperaram estudos cujos resultados dirigem-se para o facto de haver um mecanismo neurológico enviado geneticamente que pode fomentar a perturbação. Sendo então inequívoco o papel desempenhado pela hereditariedade da PHDA, esta não será causada por um único gene mas, como afirma Selikowitz (2009), por “um complexo conjunto «distúrbio poligenético» (do grego *poly*, que significa «muitos») ” (p. 141), não podemos pois esquecer que os genes da PHDA são comuns na população em geral, herdados no entanto numa forma extrema.

4.2.2. Neurológicos

A perspetiva mais antiga apoia a tese numa base orgânica, causadora da disfunção cerebral mínima, desde a gestação até vários anos após o nascimento.

Ao longo dos anos, a investigação realizou grandes progressos, considera-se, no entanto, que ainda estamos longe de conhecer os mecanismos que desencadeiam e mantêm os comportamentos, cognições e afetos dos sujeitos hiperativos. É também inconcebível, encontrar um qualquer fator que por si só dê origem à hiperatividade. Existem contudo, tendências firmes quanto àquilo que pode ou não provocar a PHDA. (Lopes, 2004).

Embora uma minoria das crianças hiperativas apresente danos cerebrais, os estudos que relacionam a PHDA e os fatores neurológicos são variados mas pouco conclusivos. Em 2002, o National Institute of Mental Health (NIMH) fez um estudo que concluiu que crianças de ambos os géneros diagnosticadas com PHDA, apresentam cérebros 3% a 4% mais pequenos do que crianças sem esta perturbação.

Também Lopes (2004), foca a relação existente entre a PHDA e a lesão cerebral, mas Taylor (cit. por Lopes, 2004) afirma que não é possível estabelecer conclusões definitivas a este respeito, pois o que ocorre na realidade é que o nível atual de conhecimento científico sobre as relações entre lesões cerebrais e alterações psicológicas encontra-se limitado pelo tipo de alterações cerebrais que é possível examinar com os meios técnicos disponíveis, ao que Lopes (2004) acrescenta haver de igual casos de crianças com PHDA que não possuem quaisquer lesões cerebrais.

Nesta linha de investigação, Miranda e Santamaria, (1987), referem que as mudanças estruturais e funcionais do cérebro, seriam as principais responsáveis das perturbações de comportamento da criança hiperativa, mesmo não sendo possível detetar nenhum dano cerebral importante.

Todavia, sabe-se que não mais de 5% a 10% das crianças poderão ter desenvolvido hiperatividade na sequência de uma lesão cerebral provocada por acidente ou qualquer outra anomalia. Embora a grande maioria das crianças hiperativas não apresentarem qualquer tipo de lesão cerebral, é possível supor a presença de alterações do comportamento, tal como se verificou nas crianças vítimas de encefalite no início do século XX (Lopes, 2004).

É hoje apontado uma desproporção em dois neurotransmissores preponderantes: a noradrenalina e a dopamina, que se situam nas áreas pré-frontais do córtex, responsáveis pelo modo como as células do cérebro comunicam e transmitem informações umas com as outras, que diminuem a sua atividade. Esta região é a responsável pelas funções superiores, também conhecidas por funções executivas: auto-organização, autorregulação e autovalorização. Assegura Selikowitz (2009) que “quando as funções executivas do cérebro falham, o indivíduo reage ao mundo de uma forma desconcentrada, desorganizada, impulsiva e caótica” (p.134). A disponibilidade dos neurotransmissores nesta zona é significativamente inferior aos sujeitos normais, sabendo-se mesmo que algumas dessas zonas se apresentam subdesenvolvidas e subativadas não se conhecendo ainda as razões pelas quais isto acontece. É por tudo isto que alguns tratamentos desta perturbação contêm a fármacos de forma a reparar a componente neurológica da PHDA, sendo usados medicamentos que impulsionam a produção de dopamina e de noradrenalina, ativando as partes do cérebro menos ativas, que consequentemente melhoram eficazmente o nível de inibição comportamental e de adequação social.

4.2.3. Pré e peri-natais

São poucos os artigos que focam os fatores pré-natais e os peri-natais, como causa da PHDA. Este tipo de fatores exercem muitas influências nas perturbações da educação infantil. Falamos de partos prematuros, baixo peso à nascença, insuficiência respiratória, consumo de álcool e de tabaco no decurso da gravidez entre outros, que se revelam como as grandes causas que originam problemas comportamentais e hiperatividade.

Nos últimos anos, tem-se utilizado muito o método de observação de grávidas para perceber até que ponto o período pré e peri-natal interfere no comportamento. Vários observadores concluíram que o álcool é uma das causas da hiperatividade. O tabaco está relacionado com a baixa de peso e problemas respiratórios e cardiovasculares. Nada, no entanto, é válido.

Muito embora os fatores pré-natais e peri-natais existam e se manifestem, tem sido para já os fatores externos os principais causadores dos problemas comportamentais. Estas complicações mais do que, causas determinantes, consideram-se fatores de propensão, no sentido em que tornam a criança mais vulnerável à influência negativa de outras variáveis ambientais, tais como as desvantagens sociais e as dificuldades familiares.

4.2.4. Ambientais e psicosociais

A origem da PHDA é muitas vezes atribuída a fatores sociais e familiares, no entanto mais recentemente chegou-se à conclusão de que a atitude dos pais nada tem a ver com o aparecimento desta perturbação.

O clima familiar, problemas graves do casal, o nível socioeconómico, condições de vida e de trabalho precárias dos pais, os seus recursos materiais, assim como os estilos educativos que os adultos adotam têm sido estudados e analisados, uma vez que influenciam de forma notória o comportamento da criança, sendo que indubitavelmente prejudicam a criança, tornando-a vulnerável.

Alguns estudos mostram mesmo que a situação económica e social da família relaciona-se diretamente com padrões de conduta complicados e observados em crianças e adolescentes. É comum que crianças e adolescentes de níveis sociais mais desfavorecidos apresentem baixos resultados escolares, comportamentos antissociais e até mesmo baixa autoestima, o que por si só não quer dizer que explique a hiperatividade.

No entanto, os peritos estão de acordo quando afirmam que as condições sociais não são as mais determinantes, mas sim os seus efeitos psicológicos sobre a família, os comportamentos e atitudes que adotam.

Embora o estilo educativo parental e a desorganização familiar sejam ainda indicados como estando na génese da hiperatividade, a verdade é que tais suspeitas não são confirmadas pela literatura científica (Lopes, 2004). O autor acresce ainda que “estes

factores constituem um factor de risco para o desenvolvimento de comportamentos disruptivos, como agressividade, oposição ou desafio, mas não certamente para o aparecimento da PHDA.” (p. 144)

5. Diagnóstico da PHDA

O diagnóstico da PHDA consiste num processo de recolha de dados com o objetivo de especificar e verificar os problemas desta perturbação nas crianças. No entanto, os problemas de definição de PHDA levantam problemas a um diagnóstico fidedigno.

O primeiro passo para o tratamento da PHDA é a realização de um diagnóstico correto, para se poder passar a um plano de tratamento adequado, normalmente realizado pelo pediatra especialista em dificuldades de aprendizagem e desenvolvimento de crianças conjuntamente com psicólogos educacionais.

O diagnóstico abarca uma série de etapas que passaremos a descrever mais à frente, para as quais os testes psicológicos têm contribuído, uma vez que mostram as diferenças entre o desempenho verbal e visual. Contudo não há testes que definam exatamente o diagnóstico de uma criança com PHDA.

5.1. Epidemiologia

A prevalência denomina o número total de casos existentes num dado momento, numa população determinada (Manuila *et al.*, 2004). A PHDA representa uma disfunção pediátrica da ordem da saúde pública (Rowland *et al.*, 2002; Pineda *et al.*, 1999), considerada por alguns uma nova epidemia, devido ao aumento exponencial de casos (Conners, 1997), que requer especial atenção, tanto em termos de diagnóstico como de tratamento (Rowland *et al.*, 2002; Pineda *et al.*, 1999).

Em Portugal, não são concretos os números de alunos afetados por esta perturbação, mas nos Estados Unidos da América, os números apontam para um elevado aglomerado de casos. De acordo com DSM-IV-TR (APA, 2002), verificam-se diferenças em função da idade e do sexo, sendo que sexo masculino é o mais afetado: 80% a 90%. Em idade escolar afeta 3% a 7% da população, variando de acordo com a natureza da amostra populacional, com tendência a diminuir com o avanço da idade.

5.2. Critérios de diagnóstico

Para Smith (1998), dizer que um determinado comportamento é muito "hiper" pode ser bastante subjetivo: se a atividade for encarada como positiva a criança pode ser descrita como entusiástica e energética e não hiperativa.

Por vezes, os professores sentem-se confusos pois não fazem ideia de como confirmar as suspeitas da PHDA. Para a existência de um diagnóstico desta perturbação a criança terá que apresentar 6 ou mais comportamentos disruptivos, antes dos 7 anos e em contexto escolar ou familiar.

Assim, em 2002, a APA, lançou o DSM-IV-TR, como apoio ao diagnóstico dos indivíduos com perturbação de hiperatividade com défice de atenção. Esse manual classifica a PHDA em três subtipos:

- **“314.01 Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Misto [F90.0].** Este subtipo deverá ser usado se 6 (ou mais) sintomas de falta de atenção e 6 (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade persistem pelo menos durante 6 meses. Muitas crianças e adolescentes com a perturbação estão incluídos no Tipo Misto. Não se sabe se o mesmo é verdade para adultos com a perturbação.
- **314.00 Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Desatento [F98.8].** Este subtipo deverá ser usado se 6 (ou mais) sintomas de falta de atenção (mas menos do que 6 sintomas de hiperatividade-impulsividade) persistirem durante pelo menos 6 meses. A hiperatividade pode ainda ser uma característica clínica significativa em muitos destes casos, enquanto noutros casos são simples faltas de atenção.
- **314.01 Perturbação de Hiperatividade com Défice da Atenção, Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo [F90.0].** Este subtipo deverá ser usado se 6 (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade (mas menos de 6 sintomas de falta de atenção) persistirem durante pelo menos 6 meses. Em tais casos, a falta de atenção pode muitas vezes ser uma característica clínica significativa.” (p. 87)

Deve ser recolhida informação junto dos pais e da escola, através de questionários, entrevistas, listas de verificação e escalas de avaliação. Não menos importante será a avaliação do contexto familiar e do estilo parental, para que se possa então empregar a DSM-IV-TR.

Este manual de diagnóstico menciona que a PHDA exige a presença persistente e perturbadora de pelo menos, seis sintomas numa lista de dezoito, metade destes relacionados com problemas de atenção, e a outra metade relacionada com problemas de hiperactividade – impulsividade.

Tabela 1- Critérios de diagnóstico para a PHDA – DSM-IV-TR

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO

A) 1) ou 2):

- 1) 6 (ou mais dos seguintes sintomas de **falta de atenção** devem persistir pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento

Falta de atenção

- (a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades;
 - (b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades;
 - (c) com frequência parece não ouvir quando se lhe fala directamente;
 - (d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);
 - (e) com frequência tem dificuldades em organizar tarefas e actividades;
 - (f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa);
 - (g) com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);
 - (h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
 - (i) esquece-se com frequência das actividades quotidianas.
- 2) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de **hiperactividade-impulsividade** persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento.

Hiperactividade

- (a) com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;

- (b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
- (c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjectivos de impaciência);
- (d) com frequência tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio;
- (e) com frequência «anda» ou só actua como se estivesse «ligado a um motor»;
- (f) com frequência fala em excesso;

Impulsividade

- (g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
- (h) com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;
- (i) com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos);

- B) Alguns sintomas de hiperactividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam défices surgem antes dos 7 anos de idade.
- C) Alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em 2 ou mais contextos [por exemplo, escola (ou trabalho) e em casa].
- D) Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral.
- E) Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação do Humor, Perturbação da Ansiedade, perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade).

Codificação baseada no tipo:

314.01 Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Misto [F90.0]: se estão preenchidos os Critérios A1 e A2 durante os últimos 6 meses.

314.00 Perturbação de Hiperactividade com Défice da Atenção, Tipo Predominantemente Desatento [F98.8]: se está preenchido o Critério A1 mas não o Critério A2 durante os últimos 6 meses.

314.01 Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Hiperactivo-Impulsivo [F90.0]: se o Critério A2 está preenchido mas não o Critério A1 durante os últimos 6 meses.

Notas de codificação. Para sujeitos (especialmente adolescentes e adultos) que actualmente tenham sintomas e que já não preencham todos os critérios, deve especificar-se «em remissão Parcial».

(APA, 2002, pp. 92-93)

5.3. Etapas de diagnóstico

De acordo com Lopes (2004), o diagnóstico da PHDA deve compreender as seguintes etapas:

- “1. Entrevista com a criança/adolescente e os pais, realizada por um psicólogo, médico ou alguém com formação nesta área;
2. Exame médico (se necessário);
3. Preenchimento de questionários pelos pais;
4. Entrevista com o(s) professor(es);
5. Preenchimento de questionários pelo(s) professor(es);
6. Observação direta do comportamento nos contextos de vida do sujeito.” (p. 151)

No entanto, muito dificilmente são cumpridos todos estes requisitos. Idealmente, o diagnóstico da PHDA deveria cumprir todas as etapas mencionadas anteriormente, num trabalho que deveria ser de equipa e que deveria pelo menos integrar um médico e um psicólogo. Contudo, e visto que é de momento impossível que este cenário se ponha, a entrevista com os pais e/ ou com os professores adquire uma enorme importância.

5.3.1. Entrevista com a criança

A entrevista com a criança é essencial para a realização do diagnóstico. É importante que o psicólogo tenha em conta que o comportamento da criança, quando está dentro do gabinete, pode ser diferente do comportamento noutros contextos. Estar com um psicólogo ou um médico num gabinete é uma situação nova e, neste tipo de situações, as crianças com PHDA têm tendência a colaborar e a terem um comportamento adequado (Lopes, 2004).

A criança é convidada a falar sobre a razão porque está ali. Se a criança não souber responder, é-lhe dada uma breve explicação sobre o problema, tendo sempre muito cuidado para não a fazer sentir-se culpada e mostrando-se disponível para a ajudar. São colocadas questões sobre o seu dia a dia, os seus interesses, a relação com amigos e adultos, a forma como organiza o material escolar e tarefas, a forma como lida com os horários, etc. (Lopes, 2004).

O mesmo autor (2004) diz ser importante que se compreenda qual a percepção que a criança ou adolescente tem do seu relacionamento com os colegas e amigos, bem como com os pais e com os professores. Finalmente, será de grande utilidade confrontar as percepções do sujeito, com percepções anteriormente recolhidas de todos estes indivíduos mencionados e perguntar porque é que os outros os veem de forma diferente da que ele próprio se vê.

5.3.2. Entrevista com os pais

Segundo Lopes (2004), a entrevista com os pais tem os seguintes objetivos:

- Estabelecer uma relação com os pais;
- Recolher informação sobre o comportamento da criança;
- Avaliar a forma como os pais encaram o problema;
- Recolher informação sobre a relação criança-pais;
- Permite focar o problema em aspetos recentes;
- Permite, de imediato desenvolver recomendações;
- Permite aos pais exprimir a sua infelicidade face a este problema.

Segundo Lopes (2004) e Phelan (1991), os pais são questionados ainda sobre aspetos como o momento em que se iniciaram os sintomas, a reação deles ao comportamento da criança, problemas médicos e psicológicos da criança, história do desenvolvimento, familiares com problemas idênticos, relação da criança com irmãos e pares, relação com a escola, professores e tarefas escolares, linguagem, hábitos de organização.

5.3.3. Entrevista com o professor

Lopes (2004) acha que o papel do professor é extremamente relevante, afirma ainda que o professor é a pessoa que tem mais conhecimento sobre o desempenho do aluno na sala de aula, por isso poderá responder a algumas questões consideradas importantes para o estabelecimento do diagnóstico, de entre as quais:

- “irrequietude e imaturidade;
- organização dos materiais, cumprimento dos trabalhos de casa;

- concentração e persistência nas tarefas escolares;
- tipo de relação que o aluno estabelece com a professora e com os colegas;
- eventuais comportamentos agressivos, mentiras, impulsividade, baixa resistência à frustração;
- rendimento académico;
- motivação para a aprendizagem;
- aspectos positivos do comportamento do aluno;
- nível de cooperação do aluno quer com a professora quer com os colegas;
- estratégias já tentadas pela professora para lidar com os comportamentos problemáticos do aluno.” (Lopes, 2004, p. 164)

O autor defende ainda que o contato entre o professor e o psicólogo deve ser direto e posteriormente, quando pertinente, deve ser elaborado o relatório psicológico do aluno. É importante que se perceba qual o conhecimento que o professor tem sobre a PHDA e mostrar-lhe que é possível alterar a situação ainda que nunca na totalidade. Este contato serve também para mostrar ao professor que não está sozinho neste trabalho muitas vezes extenuante.

5.3.4. Elaboração do diário do comportamento do aluno

Wright (1995) defende que o objetivo é medir o comportamento da criança ao longo dos dias. Este instrumento pode ser útil na realização do diagnóstico e na monitorização do impacto da intervenção do professor na mudança de comportamento do aluno, pode também ser utilizado para avaliar se a medicação está a ser eficaz na mudança do comportamento na sala de aula.

5.3.5. Preenchimento de questionários pelos professores e pais

Alguns profissionais, principalmente nos EUA, recorrem aos questionários para realizarem o diagnóstico da PHDA. Contudo é importante referir que estes apresentam alguns problemas de validade e fidelidade pelo que devem ser utilizados conjuntamente com a entrevista, de forma a que se obtenha um diagnóstico mais preciso.

Estes questionários são normalmente de aplicação fácil e rápida e apenas requerem breves explicações dos especialistas que os aplicam. Alguns autores diferenciam os questionários aplicáveis aos pais e aos professores, contudo são sempre bastante parecidos no seu conteúdo

García (2001) optou por não distinguir as provas atendendo a quem são dirigidos, mas sim tendo em conta o seu conteúdo, classificando-as como “Escala concebidas especificamente para avaliar este distúrbio e Escalas de conteúdo mais amplo, para avaliar problemas comportamentais e outras perturbações relacionadas com a hiperactividade.” (p. 52).

A escala de Conners para pais e professores é dos instrumentos mais conhecidos e aplicados.

5.3.6. Observação direta da criança

Wright (1995) defende que, após realizadas as entrevistas aos pais e professores, o psicólogo seleciona comportamentos para observar na sala de aula (atividade motora excessiva, falar excessivamente, não cumprir tarefas solicitadas pelo professor). Este tipo de avaliação de comportamentos vai permitir distinguir com mais facilidade a PHDA de características normais de desenvolvimento da criança.

Este método de observação conta com a fiabilidade adquirida no seu meio de conduta natural, permitindo o registo de comportamentos diversos que decorrem no quotidiano escolar da criança.

5.4. Diagnóstico diferencial

Fazer o diagnóstico diferencial para a PHDA, segundo Lopes (2004), é algo que se torna muito difícil e que implica um processo complementar da caracterização do problema, uma

vez que torna necessário distinguir outros problemas que com ele se podem confundir. Dado que não existe exame complementar ou teste que contribua para o diagnóstico, este é clínico e por exclusão, através de investigações complementares médicas, psicológicas, psicossociais e escolares, é necessário eliminar outras patologias que possam manifestar-se de forma semelhante:

- Turbulência Desenvolvimental: limitada ao tempo;
- Patologias Somáticas: hiper ou hipotireoidismo, hipoacusia, problemas visuais, ausências, traumatismo craniano, síndrome de X-frágil;
- Patologias Psiquiátricas: atraso mental, autismo, mania;
- Fatores Psicossociais: stress pós-traumático;
- Hiperatividades latrogénicas: corticoides, tratamentos antiasmáticos (teofilina e betamiméticos), antiepiléticos, antihistamínicos.

Sendo a PHDA uma entidade clínica bem individualizada, pode acompanhar-se por determinadas perturbações:

- Dificuldades de Aprendizagem;
- Síndrome de Tourette;
- Perturbações Desafiante Oposicional ;
- Perturbação de Conduta;
- Ansiedade, Depressão;
- Perturbação Bipolar.

Lopes (2004) também refere o seguinte: “no caso do PHDA, colocam-se problemas muito específicos de diagnóstico diferencial, dado o facto de poder haver manifestações comportamentais com causas diversas, logo sujeitas a diagnóstico e intervenções igualmente diversos” (p. 165). Exemplos disto são, as crianças que possuem maus desempenhos na escola e que, como reação à frustração que isso produz, tornam-se desatentas, impulsivas e inquietas. Isso significa que o problema primário dessas crianças não será PHDA, mas sim os seus rendimentos escolares. No entanto, nos casos das crianças em que os problemas têm início muito cedo e se manifestam igualmente noutros contextos, provavelmente, o diagnóstico é o da PHDA (Lopes, 2004).

6. Intervenção na PHDA

São muitas as teses e trabalhos que se debruçam sobre as várias dificuldades apresentadas por crianças com PHDA nas mais variadas áreas do seu desenvolvimento. As estratégias a implementar têm mudado de acordo com as alterações da designação e dos pontos de vista dos estudiosos que se debruçaram sobre esta perturbação, contudo e, embora se tenham alcançado progressos significativos no controlo da PHDA, a verdade é que “Não existe “cura” para o PHDA, uma vez que não se trata de uma “doença” nem de uma situação “patológica”” (Lopes, 2004, p. 199). Daí importância da intervenção para que a situação se possa manter limitada e ser menos penosa quer para o sujeito, quer para aquele que com ele convive.

Os estudos apontam para a existência de três abordagens fundamentais relativas à intervenção: a medicação, que produz efeitos mais rápidos e duradouros; as intervenções comportamentais, que constituem um cooperante fundamental da medicação; as intervenções cognitivo-comportamentais, que em dado momento foram consideradas como grandemente adequadas aos problemas das crianças hiperativas, mas cujos resultados têm sido decepcionantes, sendo atualmente consideradas infrutuosas (Barkley, 2000 cit. por Lopes 2004).

Além disto, é também necessário considerar os contextos primários e secundários de intervenção. Nos primeiros, incluem-se a família e a escola e nos segundos todos os outros contextos em que o sujeito se movimenta.

Vilar (2002) refere também que a PHDA apresenta um quadro psicopatológico complexo que afeta todo o desenvolvimento da criança, por isso a intervenção dessa perturbação deve abranger várias dimensões. Dentro dessas dimensões, a autora destaca que a intervenção deve:

- Ser elaborada de forma individual;
- Incluir todos os domínios em que a criança apresenta problemas;
- Focar o ponto de vista pessoal, escolar e familiar.

Segundo Barkley (2000, cit por Lopes, 2004), o tempo constitui a mais expressiva fonte de perturbação dos indivíduos com PHDA, então a intervenção dever ser dirigida para a ajuda à realização daquilo que os sujeitos sabem fazer e no momento em que é pertinente fazê-lo. Quanto mais longe e mais afastada for a intervenção relativamente aos comportamentos, menor é a viabilidade de que produza algum efeito. As intervenções devem procurar modificar o meio, em que os comportamentos inconvenientes acontecem. A eficiência da intervenção só pode ser atestada por um agente que fomente uma ação contínua sobre os défices neuropsicológicos de inibição comportamental ou sobre as funções executivas que dela dependem.

Atualmente, a intervenção psicofarmacológica com ação sobre os substratos neuronais do córtex pré-frontal parece constituir o único tipo de intervenção com um nível significativo de eficácia. De acordo com Rodrigues (2008), a investigação tem demonstrado a eficácia a curto prazo da intervenção farmacológica e das terapias comportamentais, no entanto, não há certezas quanto aos seus efeitos a longo prazo. A dúvida coloca-se quanto à sua utilização, isolada ou combinada, devido ao impacto alargado dos sintomas da PHDA na vida de cada indivíduo.

O apoio dos pais e o percurso escolar são de uma utilidade provavelmente superior à intervenção medicamentosa, pode dizer-se que são complementares (Malone, cit. p. Lopes, 2004). Os estudos feitos por Whalen e Dencker mostraram que os casos com efeitos mais benéficos necessitaram de um suporte familiar e de um apoio externo à família de grande qualidade. Estes casos beneficiaram ainda de um percurso escolar bem sucedido, correspondente a melhores resultados comportamentais, cognitivos, e relacionais.

Uma vez que este trabalho pretende analisar as perceções de diferentes grupos acerca das diferentes formas de intervenção ao nível PHDA, iremos apresentar sucintamente algumas das formas de intervenção que reúnem maior suporte científico ao nível da eficácia.

6.1. Intervenção farmacológica

A intervenção farmacológica é preciosa no tratamento das crianças com PHDA, este tratamento medicamentoso deve ser utilizado assente na gravidade dos sintomas e na apresentação clínica, devendo ser personalizado. A duração do tratamento é variável, chegando alguns indivíduos a necessitar de medicação inclusive na vida adulta. As descontinuações periódicas (anualmente, por períodos breves, são indicadas para reafirmar a necessidade da continuidade da terapia medicamentosa (Elia J, Ambrosini PJ, Rapoport JL, 1999).

Baptista (2010), na sua tese sobre PHDA em contexto escolar, afirma que em crianças que sofrem desta perturbação são vulgarmente utilizados três tipos de medicamentos: os estimulantes, os tranquilizantes e os antidepressivos.

6.1.1. Estimulantes

Os estimulantes são os mais largamente utilizados e referidos, por serem aqueles que se apresentam mais eficazes. Segundo Lopes (2004), entre 70% a 90% das crianças medicadas com estimulantes apresentam melhoria no comportamento e no desempenho académico e social. Vilar (2002) reitera isso também, confirmando que a utilização deste tipo de fármacos produz um aumento das catecolaminas, fazendo com que as crianças reduzam a excessividade motora que lhes provoca ansiedade, impulsividade e défice de atenção.

Dentro dos estimulantes são vários os prescritos, mas este tipo de medicamentos atua aumentando a capacidade de excitação do cérebro, ativando a área responsável pela inibição do comportamento e pela manutenção da atenção (Shelton e Barkley, 1995; cit. por Rodrigues, 2008). Os estimulantes são então empregues em crianças hiperativas, devido ao seu efeito paradoxal no comportamento infantil, produzindo uma diminuição da atividade física e um aumento dos períodos de atenção.

Estes estimulantes do sistema nervoso central não provocam habituação ou dependência física, nem apresentam o característico efeito de euforia. São drogas simpaticomiméticas idênticas às catecolaminas endógenas (dopamina e noradrenalina). Os compostos mais usados incluem o metilfenidato, cujo nome comercial é Ritalin® ou Ritalina®, a dextroanfetamina, vulgarmente conhecida por Dexedrine® ou Dextrostat® e a pemolina, mais conhecida por Cylert®.

Os estimulantes têm a capacidade de aumentar o nível de atividade cerebral. A sua utilização tem resultados admiráveis e imediatos em algumas crianças hiperativas. Não provocam hiperatividade porque a área cerebral que ativam é a responsável pela inibição do comportamento e por manter o esforço e atenção.

No que diz respeito aos efeitos secundários da medicação estimulante, apenas 1% a 3% das crianças com PHDA se encontram impedidas de tomar qualquer tipo de medicação estimulante (Sousa, 2004). No entanto, são relatados os seguintes efeitos colaterais: perda de apetite e perda de peso, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, aumento da atividade elétrica cerebral, insónia, tiques nervosos, psicose temporária, nervosismo, erupções cutâneas, náuseas, tonturas, dores de cabeça, comprometimento do crescimento (Sousa, 2004; Taylor et al., 2004).

Segundo Sousa (2004), a longo prazo, não se verificam efeitos prejudiciais do recurso a estimulantes, sendo que perante a necessidade de se suspender esta forma de intervenção por alguma razão, a situação ou problemas encontrados tendem a normalizar no espaço de 24 horas.

6.1.2. Antidepressivos tricíclicos

Os antidepressivos, inicialmente desenvolvidos para tratar a depressão, têm vindo a revelar-se úteis no tratamento da PHDA, bem como ansiedade ou reações de pânico, problemas de sono. A sua utilidade é ainda melhor nas crianças que além de hiperatividade apresentam também ansiedade e/ou depressão.

Os antidepressivos tricíclicos incluem as aminas terciárias, amitriplina e imipramina, e as aminas secundárias, desipramina e nortriptilina, sendo a imipramina e a desipramina as mais estudadas.

O uso destas substâncias altera os níveis de norepinefrina e dopamina, modificando consequentemente o comportamento, tal como os estimulantes. Contudo, este tipo de medicação só chega a ser utilizada quando os estimulantes não fazem efeito ou quando há ocorrência de efeitos secundários indesejáveis, tendo em conta que o seu efeito é menos durador e causa maior número de efeitos secundários, tais como problemas cardíacos ou aumento da pressão arterial. (Melo, 2003).

6.1.3. Agonistas e outras drogas

Drogas bloqueadoras alfa-centrais, como a clonidina, inibem a liberação de noradrelanina, sendo provada a sua eficácia em indivíduos com PHDA, porém com resultados inferiores aos dos estimulantes. A clonidina é sobretudo empregue quando ocorrem tiques e agressividade.

Os agentes colinérgicos (nicotina) e um conjunto de novos fármacos, alguns ainda em estudo, são também usados para este efeito.

6.2. Intervenção comportamental-cognitiva

Shelton & Barkley (1995) referem que a intervenção farmacológica não deve ser a única forma de intervenção, devido a dificuldades de efeitos positivos a longo prazo em especial do ponto de vista académico e devido aos efeitos secundários.

Segundo Vilar (2002), a finalidade de um tratamento da PHDA é dar à criança uma maior autonomia comportamental, física, cognitiva e emocional. Para cumprir estes objetivos, de acordo com a autora, o agente educativo deve traçar objetivos a atingir, prémios ou

castigos que regulem a manutenção ou o desaparecimento de certas condutas. À medida que a criança for crescendo, deverá pautar-se pelas melhorias a fazer, selecionando novas técnicas e novos métodos. São as então denominadas técnicas cognitivas e comportamentais.

Melo (2003) defende que as intervenções cognitivo-comportamentais pressupõem uma intervenção direta com a criança num contexto clínico cujo objetivo é a melhoria do autocontrole, com base em estratégias como o modelling, a autoinstrução, role-playing, entre outras.

Lúria (1956, cit. por Bautista, 1997) afirma que este tipo de tratamento tenta aumentar o uso da linguagem como atividade encarregada de interiorizar o controlo sobre o comportamento.

Para Barkley (2006), a mudança do comportamento seria conseguida através da progressiva mudança da forma como os indivíduos pensam, experimentam e interpretam as situações. No caso específico da hiperatividade, procura-se através desta abordagem desenvolver nas crianças as capacidades mentais que são fundamentais para a inibição do comportamento.

Os programas de treino têm por finalidade fomentar o autocontrole da criança, utilizando a técnica de falarem para si próprias, faz-se com que a criança aprenda a regular a sua conduta numa tarefa de forma eficaz, por meio de autoinstruções (pensamentos que a ajudam a organizar-se). No início, essas instruções serão dadas pelo adulto em forma de verbalizações desses pensamentos, que, numa forma gradual, devem dar lugar a um maior envolvimento e iniciativa por parte da criança.

Para além dos programas individualizados que potencializam o controlo interno da atenção, existe a possibilidade de proporcionar auxílios do exterior. Há que selecionar os estímulos relevantes para a realização de uma tarefa a fim de evitar o excesso de informação contaminadora. Esclarecer a estruturação da tarefa de forma a apresentar

chaves significativas para a sua execução; o auxílio instrutivo por parte do adulto ou colega são considerações a ter em conta no trabalho com estas crianças.

Atendendo a que a criança hiperativa revela uma baixa tolerância em relação à frustração, há que ter o cuidado na sequenciação do grau de dificuldade das atividades. A graduação correta do trabalho e a introdução de auxílios externos necessários em situações ou problemas novos evitarão situações de fracasso para a criança.

6.2.1. Estratégias de intervenção na sala de aula

Com o passar dos anos, a escola transformou-se numa instituição educativa onde as crianças passam grande parte da sua vida, que já não se delimita a pura e simplesmente instruir matérias académicas.

As crianças com PHDA apresentam não só dificuldades nas relações interpessoais, de entre as quais com os seus pares, como também, na realização de tarefas escolares. A experiência escolar pode constituir uma verdadeira “luta” para a criança com PHDA. A sua impulsividade não a deixa responder de forma reflexiva e leva-a com frequência ao erro, as dificuldades de memória de curto prazo impede-a de reter informação, as dificuldades de planeamento e organização interferem com a escrita, em especial, quando há tempo limitado (Rodrigues, 2005).

Uma vez que a hiperatividade em sala de aula é apresentada como um problema de difícil resolução, cabe ao professor elaborar um plano de atividades consistente, prolongado e que esteja sempre ativo. De acordo com Lopes (2004), o professor, para lidar com os comportamentos problemáticos de uma criança hiperativa resultantes da dificuldade da criança em fazer aquilo que já sabe, tem de lhe ensinar comportamentos e de lhe lembrar que faça aquilo que sabe. Para lidar com a sua realização académica é-lhe exigido que faça um ensino direto e monitorizado.

Atendendo à opinião de Vilar (2002), mais que um simples monitor, o professor é para as crianças um modelo a ser contrastado com o familiar, um novo ponto de referência e um novo reflexo da sua própria imagem.

Para facilitar o controlo dentro da sala de aula, a mesma autora estabeleceu os seguintes pontos:

- Modificar as condições do ambiente da classe para favorecer a concentração na aula:
 1. para ter a oportunidade de trabalhar sozinha numa carteira;
 2. a carteira deve estar perto do quadro onde não haja lugar para a distração;
 3. utilizar uma capa como barreira à conversa e distração;
 4. Entre outros.
- Estruturar as tarefas em tempos curtos para ajudar a criança a terminá-las;

Por outro lado, Lourenço (2009) vai ainda mais longe e apresenta um leque mais variado de estratégias:

- Recompensas Sociais (atenção, louvores, afetos, privilégios...);
- Recompensas Materiais (comestíveis e não comestíveis);
- Ignorar pequenos comportamentos inadequados (remexer-se, roer a caneta...);
- Supervisão frequente do trabalho;
- Biofeedback: dar ao aluno informação suficiente quanto ao trabalho que faz.

O insucesso de crianças com PHDA, na escola, não se deve somente às suas características de comportamento, resultado de fatores biológicos, mas também a uma reunião destes com fatores do contexto escolar, tais como a dificuldade, duração e interesse das tarefas a realizar, bem como os materiais utilizados e a motivação para as tarefas. Assim, uma sala, com práticas pedagógicas ditas tradicionais, faz da escola um local de dificuldade acrescida para este tipo de crianças.

As regras da sala de aula são também um problema a ter em consideração. Lopes (2004) sugere que a sua quebra, ultrapassagem ou ignorância constituem uma das áreas de maior conflitualidade entre os professores e os alunos com PHDA. Normalmente, tenta-se

modificar a situação, centrando-se na criança e ajustando-a ao contexto escolar, surgem então, as punições e o ciclo vicioso agrava-se conduzindo a um maior insucesso.

É necessário que se realize uma intervenção, com vista à construção de um caminho de sucesso para estas crianças. Esta intervenção, deve ser levada a cabo por uma equipa multidisciplinar capaz de colocar em prática programas específicos de intervenção, ou seja de modificar os contextos e práticas, bem como atitudes.

6.2.1. Estratégias de intervenção parental

“Não é fácil lidar com uma criança PHDA. Mais difícil ainda é ser pai/mãe de uma criança PHDA” (Lopes, 2004, p. 213).

O sentimento de culpa por poder ter falhado em algum momento como pai/mãe é muitas vezes o que leva os pais a exigirem demais do filho que, aparentemente, é “normal”. A verdade é que depois de um dia com aulas e outras atividades, uma criança dita “normal” realizaria os trabalhos de casa, jantaria e iria dormir, uma criança com PHDA não funciona assim. São crianças cansativas, desgastantes e sem capacidade para cumprir ordens ou instruções num determinado momento e as mais ternurentas no momento seguinte. Mas afinal o que podem fazer para diminuir tal situação? Que estratégias podem usar?

Muitas vezes, os pais destas crianças sentem um enorme embaraço e até um evidente descontentamento por verificarem que, apesar da sua firmeza educativa, os filhos são capazes de os deixar mal em público. É necessário que tenham noção de que as crianças não têm culpa do comportamento que manifestam, muito pelo contrário, elas são as primeiras vítimas dos seus comportamentos.

Lopes (2004) chama logo à atenção para o facto das crianças não terem a culpa de agir e reagir desta maneira. Na opinião do autor, estas são, aliás, as primeiras vítimas desses comportamentos. Sendo assim, Lopes (2004) cita o livro “ The Seven Habits of Highly

Effective People” (Stephen R. Covey, 1999), onde encontramos estratégias e princípios fundamentais para lidar com uma criança hiperativa. Assim é sugerido aos pais:

- Serem proativos – as crianças com PHDA precisam que os pais sejam estáveis, firmes, compreensivos e disponíveis, para poderem antecipar o que vai suceder, agindo sobre os acontecimentos de forma controlada e orientada.
- Agirem com um objetivo estabelecido – para evitar perda de tempo e energia. Por exemplo, os trabalhos que os filhos trazem da escola. Muitos pais passam horas sentados com os filhos a fazer um sacrifício para motivá-los, desnecessariamente e causando atritos. Porque não procurar ajuda externa e aproveitar o tempo que está em casa para passar com o filho?
- Colocarem as coisas mais importantes em primeiro lugar – evitar continuar em conflito com os filhos, deixá-los por vezes pensarem que “ganharam a taça”. Isto representa no fundo um acalmar de ânimos e diminuir o “desepero”.
- Pensarem em “vitória/vitória” – fazer os possíveis para não se concentrar no que quer que a criança faça. Negociar é a palavra-chave. Vão perceber as regras da negociação e a necessidade de cedência.
- Procurar compreender primeiro para serem compreendidos – se se compreender primeiro as necessidades do filho, ele acatará desde cedo a preocupação, a delicadeza e o respeito que temos. Este esforço acabará por ser frutífero e, mais cedo ou mais tarde, será retribuído.
- Sinergizarem – manter a cumplicidade com os filhos permite alcançar um bem-estar familiar contrário àquele que se obteria isoladamente.
- Renovarem-se – renovar forças para lidar o melhor possível com este tipo de crianças, praticando desporto saindo com os amigos, impedindo fazer do problema dos filhos uma obsessão.

Os pais destas crianças são o seu porto seguro, atendendo a que as suas relações com o resto do mundo podem ser bastante problemáticas. Tratando-se a PHDA de um problema de não conseguir fazer aquilo que se sabe que deveria ser feito, este programa conduz os pais a orientarem os seus filhos no sentido da autorregulação, de forma a redirecionarem os seus comportamentos para objetivos futuros, promovendo a realização completa de tarefas

e o cumprimento de regras. Deve estar sempre presente a ideia de que o apoio e acompanhamento dos pais são fundamentais para a evolução desta situação.

6.3. *Intervenção combinada*

García (2001) defende que nenhum das anteriores intervenções, por si só, serve para melhorias significativas no comportamento das crianças com PHDA.

De acordo com os entendidos, as intervenções devem ser resultado de combinações farmacológicas e comportamentais-cognitivas.

García (2001) concorda também com esta teoria, assegurando que a intervenção combinada pode trazer as seguintes vantagens:

- Uma vez que a medicação surte efeitos muito rápidos, inicialmente deve ser aplicada, para garantir que os métodos operativos, aplicados mais tarde, sejam bem sucedidos;
- A combinação de intervenções permitirá reduzir as doses de medicação, diminuindo consequentemente os efeitos secundários associados ao tratamento farmacológico;
- A combinação dos dois tratamentos irá possibilitar que, a longo prazo, os resultados não se verifiquem somente na utilização de medicação. Com doses baixas de estimulantes e a cooperação dos pais e dos professores nas técnicas comportamentais, a manutenção das mudanças de conduta será francamente beneficiada;
- O custo dos tratamentos não será avultado. A combinação dos fármacos com a terapia comportamental resultará numa melhoria máxima, diminuindo as doses de estimulantes e sem necessidade de intervenções comportamentais complexas e muito estruturadas.

Sumariamente, a ideia deste tratamento combinado é “potenciar os efeitos obtidos separadamente por uma e por outra modalidade de tratamento, com melhores resultados” (García, 2001, p. 90). A autora (2001) acrescenta ainda que com este tipo de intervenção também se pretende que estas mudanças favoráveis se mantenham e se generalizem em situações distintas, com o menor custo.

Convém sublinhar que não existe uma mesma solução para todos os problemas, pelo que deverão ser desenvolvidos diferentes programas de intervenção respeitando a individualidade de cada criança ou adolescente (DuPaul & Stoner, 2007)

7. O jogo

A palavra jogo pode conduzir a um vasto campo de interpretações, no entanto, tem origem no latim *iocus*, *iocare* e significa brinquedo, divertimento e tem implícita a noção e aplicação de regras. O jogo é caracterizado por fornecer um ambiente agradável e por possibilitar ao homem vencer desafios, aprender e reinventar.

7.1. Definição de jogo

Definir jogo é uma tarefa difícil porque a multiplicidade do seu conceito é tão vasta que é complicado apresentar uma definição que, no seu todo, inclua o seu significado pleno. Gardner afirma mesmo que “A ideia de jogo combina muitos significados, interligados como se de membros de uma família se tratasse” (Gardner, 1961 cit. por Mota, 2009, p.19).

Huizinga (2005, p. 2) defende que o jogo é uma categoria absolutamente primária da vida, tão essencial quanto o raciocínio, o autor declara ainda que não define o homem como *Homo Sapiens*, mas antes como *Homo ludens*, uma vez que considera o jogo como: “Toda e qualquer actividade humana” e que na sua opinião “é no jogo e pelo jogo que a civilização humana surge e se desenvolve”.

Para Kishimoto (2003, p. 16,) o jogo é “o resultado de um sistema linguístico que funciona dentro de um contexto social, um sistema de regras; e um objeto”, o que nos sugere que dependendo da sociedade em que vivemos e da nossa cultura, o jogo poderá adquirir novas regras.

A dificuldade de entender o que é o jogo advém também da grande variedade e tipologia de jogos conhecidos, como são os jogos motores, cognitivos, intelectuais, competitivos, e do facto de que, embora recebam a mesma denominação, estes sejam diferenciados pelo contexto social em que se aplicam.

Embora o estudo do jogo seja já uma realização de longa data, é certo que os avanços não têm sido de grande notoriedade, facto que segundo Kishimoto (1994, cit. por Mota 2009) se deve à utilização das palavras jogo, brinquedo e brincadeira como sinónimos. Na verdade, embora estes termos apresentem significados diferentes, são frequentemente imprecisos. Qual será então a diferença entre jogo, brinquedo e brincadeira?

Estas três palavras são indissociáveis, a sua separação ou clarificação torna-se difícil, uma vez que estão e sempre estiveram presentes na vida do homem desde a antiguidade. Ao passo que o jogo pressupõe uma regra, o brinquedo é considerado como objeto manipulável e a brincadeira resume-se ao ato de brincar com o brinquedo/ jogo.

Kishimoto (2003) mostra que as múltiplas atividades consideradas como jogo tornam a definição difícil, até porque um mesmo comportamento pode ou não ser considerado como jogo, dependendo da cultura e do significado que lhe é atribuído.

Mota (2009) refere-se ao jogo como sendo mais do que um mero divertimento, a autora procura através das suas pesquisas chegar a um consenso para a definição de jogo. Para tal, busca noutros autores as respostas que anseia.

Segundo a autora, Huizinga (1996) refere que

“o jogo é uma actividade ou ocupação voluntária, exercida dentro de determinados limites de tempo e espaço, segundo regras livremente consentidas, mas absolutamente obrigatórias, dotado de um fim em si mesmo, acompanhado de um sentimento de tensão e de alegria e de uma consciência de ser diferente da vida quotidiana” (Huizinga, 1996 cit. por Mota, 2009, p. 20).

Macedo (2006, cit. por Mota, 2009, p. 20) por seu lado diz que:

“O jogo é uma actividade delimitada, porque permite a combinação do espaço e do tempo; é incerta, porque não se tem a certeza do resultado; é improdutiva, porque não há intenção de gerar ganhos ou bens materiais; é regulamentada, porque está sujeita às suas próprias regras; é fictícia, porque trabalha com o irreal.”

Negrine (1994) vai ao encontro do que os autores referidos anteriormente mencionaram, sobretudo no que respeita à construção de uma imagem do jogo baseada na interpretação realizada de acordo com as vivências do sujeito e com o que lhe foi inculcado pelo meio e pessoas que o rodeiam. Assim, "quando a criança chega à escola, traz consigo toda uma pré-história, construída a partir das suas vivências, grande parte delas através da atividade lúdica" (Negrine, 1994, p. 20).

Grando (1995) acresce que o jogo é encarado pela criança como uma atividade dinâmica, que visa satisfazer as suas necessidades. Quando testemunharmos o comportamento de uma criança a jogar, facilmente perceberemos que esta desenvolve grandemente a sua capacidade de resolver problemas, sem em momento algum perder o sentido lúdico.

Conclui-se então, que os jogos são uma deliciosa forma de alargar e estimular as capacidades de quem os experimenta, admitindo que as pessoas se libertem e deem uso à sua criatividade e fantasia, desempenhando diferentes papéis e atividades, que lhes possibilita vivenciar diversas culturas e histórias. Através do jogo, a criança torna-se apta para atribuir sentidos a objetos, o que lhe possibilita operar de forma diferente, mudando a sua visão sobre os mesmos objetos e desenvolvendo consequentemente uma enorme capacidade de abstração

7.1. Evolução histórica do jogo

O jogo faz parte da cultura e de diferentes povos do nosso planeta, marcando diferentes épocas e encontra-se historicamente incluído em todas as atividades humanas. O conceito de jogo deve estar ligado ao conceito de cultura, uma vez que a cultura em si tem um carácter lúdico inerente. A origem dos jogos vem da Antiguidade, época em que passavam

de geração em geração pela oralidade, aliás como a própria cultura. Os jogos referiam e representavam a forma de viver, as crenças e valores da altura. Embora seja possível encontrar provas da sua existência em tempos tão remotos, não é possível designar ao certo a altura da sua criação.

Apesar dos jogos serem conhecidos desde tão remotos tempos, as pesquisas sobre os mesmos intensificaram-se algures no início do século XX. Nesta altura, diversos autores da área do desenvolvimento humano, tal como Claparède, dedicaram especial atenção a este tema.

Claparède (1956, cit. por Araujo, 1992) refere que segundo Schaller o jogo servia para fazer com que a criança descansasse, ao passo que Schiller e Spencer defendiam que o jogo tinha a finalidade de fazer com que a criança despendesse de energia acumulada. Araújo (1992) diz no entanto, que estas teorias encaram o jogo de forma muito limitada.

Rosamilha diz que Berger considera que “a alegria é a finalidade do jogo. Quando esta finalidade é realmente conseguida, em jogo alegre, a estrutura do tempo do universo do jogo assume uma qualidade muito específica – isto é, se torna eternidade.” (Rosamilha, 1979, cit. por Araújo, 1992, p. 15). Com isto, o autor pretende dizer que, se durante o jogo, a criança se alegrar, perde a noção da realidade e deixa-se levar pela sua própria vontade e satisfação.

Só nos anos 70, Piaget dedicou o seu trabalho ao jogo infantil. O autor, contrariamente ao que havia sido considerado antes por outros estudiosos, dá destaque à construção da inteligência, considerando o jogo como um meio de estimulação para a construção da mesma, ou seja, defende que o jogo ocorre num processo evolutivo, simultâneo ao período de desenvolvimento da criança.

Vygotsky (2000) e Leontiev (1988) veem o jogo como um contributo para o desenvolvimento psíquico do sujeito e como uma atividade que pode surgir em determinado momento da vida em sociedade. A visão destes autores leva-nos a entender o

porquê de encarar o jogo como basilar para o desenvolvimento social. (Vygotsky, 2000 e Leontiev, 1998, citados. por Nascimento *et al*, 2009).

Château (1975, cit. por Chaves, 1992, p. 1), por seu lado, constata que é fundamental “assinalar o papel primordial do jogo no desenvolvimento da criança, e mesmo do adulto.” Segundo o mesmo autor, é o jogo o responsável pelas atividades práticas, é nele e através dele que o Homem contempla, projeta e constrói, ganhando a capacidade de se desenvolver e conseqüentemente desenvolver a própria Humanidade. Desta forma, o jogo teve, tem e terá sempre uma grande importância na vida e desenvolvimento do Homem e da sociedade em todas as suas valências.

7.3. A importância do jogo

Schiller (cit. por Château, 1975, p. 15) diz que “O homem não é completo senão quando joga.”, logo, e analisando tal afirmação podemos deduzir que o jogo assume um papel de algum destaque na vida da criança e até mesmo do adulto. Estes são considerados uma boa forma de educar, tanto pela sua componente lúdica como de lazer.

Como referido previamente, os estudos efetuados sobre o jogo e a sua importância variam de acordo com a época e autores consultados.

Huizinga (1971, cit. por Mota, 2009) refere-se ao jogo como sendo anterior à própria cultura, estando na origem do pensamento. O autor atribui ao jogo tanta importância como a que atribui ao complexo ato de raciocinar. Na sua opinião, (Huizinga, 2005 cit. por Rosado 2006) o jogo é uma atividade provida de liberdade, ou seja, deve partir da vontade própria de cada jogador e nunca funcionar como atividade imposta. Deve ser realizado num espaço e tempo limitado, funcionando como uma fuga à realidade, não esquecendo contudo a seriedade e presença de regras que o regem. Por ser passado de geração em geração pelo uso da palavra, acaba por tornar-se em tradição cultural.

O jogo é desta forma uma boa maneira de ensinar regras, mas ao mesmo tempo de proporcionar diversão e conhecimento sobre inúmeros assuntos, é por isso uma forma livre e espontânea de aprender e que ministra simultaneamente distração.

Para Brougère (1995, cit. por Mota, 2009), o jogo cinge-se a uma forma de interação e comunicação com os outros, contribuindo para o desenvolvimento da linguagem verbal ou não verbal, tendo em atenção a especificidade e características da atividade. Assim, a maneira dos intervenientes no jogo comunicarem vai depender do jogo que realizam e das regras que estabelecem primeiramente.

Dos teóricos clássicos destacam-se Schiller e Spencer (citados por Mota, 2009), que tal como já referi, consideraram na sua teoria que o jogo seria uma forma de libertação de energia acumulada, ajudando a que garantissem o seu equilíbrio.

Segundo Mota (2009), Hall defendia que através dos jogos a criança repetia atividades ancestrais, pelo facto de existir um elo na cadeia do animal com o homem. Desta forma, o segredo estava no passado e não no futuro.

A autora menciona ainda que Groos pensava que as atividades lúdicas eram parte fundamental do “pré-exercício” para que se pudesse dar a aquisição de conhecimentos culturais por parte da criança.

No campo da psicologia, Freud foi um dos autores que mais importância deu ao jogo, dizendo que, através do mesmo, a criança cria o seu mundo e reordena as suas ideias. Este autor defendeu ainda que o jogo é gerido pela vontade e pelo gosto em fazê-lo, ou seja só se houver prazer e vontade na execução do jogo é que ele acontece verdadeiramente.

De acordo com Mota (2009), Erikson considera que, quando a criança atinge o estágio do ego, passa a ver de forma clara a diferença entre os deveres e as regras, conseguindo aplicar de forma coerente as mesmas.

Piaget e Vygotsky (citados por Mota, 2009) são talvez dos autores que mais aprofundaram a questão do jogo na segunda metade do século XX. Ambos os autores se debruçaram nesta temática, contudo ao passo que Piaget vê o jogo como um fator de desenvolvimento diretamente relacionado com a maturação, Vygotsky pensa no jogo como a possibilidade de interpretar papéis através da representação, atingindo a capacidade de se relacionar socialmente.

"No desenvolvimento a imitação e o ensino desempenham um papel de primeira importância. Põem em evidência as qualidades especificamente humanas do cérebro e conduzem a criança a atingir novos níveis de desenvolvimento. A criança fará amanhã sozinha, aquilo que hoje é capaz de fazer em cooperação. Por conseguinte, o único tipo correto de pedagogia é aquele que segue em avanço relativamente ao desenvolvimento e o guia; deve ter por objectivo não nas funções maduras, mas as funções em vias de maturação" (Vygotsky, 1979 cit. por Mota, 2009, pp. 25-26).

Tal como relatamos primeiramente, Piaget defende uma crescente importância do jogo, que se desenvolve paralelamente à reconstrução e reinvenção, o que exige uma adaptação, que consiste numa síntese simultânea da assimilação com a acomodação. O autor acredita que a educação deve prover o aluno de uma relação com o mundo e os seus pares, tendo como intermediária a consciência crítica da libertação e da sua ação concreta com o objetivo de transformá-lo. É então fundamental e tal como Mota (2009) narrou, tem de haver prazer, alegria e vontade aquando da execução de algum jogo.

Piaget (1998, cit. por Rosado 2006) admite que o jogo é substancial na vida da criança.

8. Classificação dos diferentes tipos de jogos

Existem diferentes tipos de jogos e diferentes formas de os classificar de acordo com os autores e critérios adotados. Tal como referi anteriormente, vários foram os estudiosos a dedicarem o seu trabalho ao jogo.

Piaget classificou o jogo em três categorias (jogo do exercício; jogo simbólico e jogo de regras), tendo em consideração o comportamento da criança perante as pessoas e objetos que a rodeiam, bem como as três diferentes fases do desenvolvimento infantil (fase sensório-motora – a criança não tem noção de regras e brinca sozinha; fase pré-operatória – começam a ter noção da existência de regras e começam a brincar com outras crianças; fase das operações concretas – aprendem as regras e jogam em grupos).

8.1. O jogo de exercício

Estes são os primeiros jogos a aparecer na vida da criança e funcionam como uma atividade natural em que esta apenas executa ações pelo prazer que isto lhe causa. Segundo Mota (2009), estes jogos consistem em repetições de gestos e movimentos muito simples tais como mexer os braços, sacudir objetos, fazer sons, caminhar, pular ou correr.

Os jogos de exercício predominam até aos 2 anos de idade, mas podem manter-se durante a infância e fase adulta.

Na descrição dos jogos de exercício, Piaget divide-os em duas categorias: sensório-motores e de pensamento. Dentro dos jogos de exercício sensório-motores ainda podemos distinguir três classes:

Jogos de exercícios simples - Reproduz-se com fidelidade comportamentos adaptados, pelo prazer que se sente em fazê-lo. A maior parte dos jogos sensório-motores no período que compreende 1 a 18 meses fazem parte deste grupo.

Combinações sem finalidade - Neste tipo de jogo, a criança passa a realizar novas combinações lúdicas, deixando de executar unicamente atividades que já tinha adquirido até aí. Continua portanto a executar ações monótonas e sem finalidade antecipada, apenas amplia os exercícios.

Combinações com finalidades - Nestes jogos, a criança passa a fazer combinações com uma finalidade lúdica, ou seja, passa a tentar descobrir novas formas de fazer uma mesma tarefa, ainda que continue a fazê-lo pelo simples prazer funcional. Desta forma, pode concluir-se que os jogos de exercícios sensório-motores, contrariamente aos jogos simbólicos e de regra, não são sistemas lúdicos independentes e construtivos.

Piaget clarifica esta questão, referindo-se à transformação do jogo de exercício sensório-motor da seguinte forma: faz-se acompanhar da imaginação representativa transformando-se em jogo simbólico; ao socializar-se, torna-se jogo de regras; quando é revertido de experimentações e atitudes de inteligência prática e conduzido por adaptações reais, sai do domínio do jogo. (Piaget, cit. por Araújo, 1992).

Quanto aos jogos de exercício de pensamento podem considerar-se as mesmas classes referidas anteriormente, sendo que dentro destas classes se dá a passagem entre o exercício sensório-motor, o da inteligência prática e, posteriormente, o da inteligência verbal. Piaget explica que uma criança, tendo aprendido a formular perguntas, poderá divertir-se pelo simples prazer de perguntar (exercício simples). Por outro lado, poderá relatar algo que não existe pelo prazer de combinar as palavras sem finalidade (combinações sem finalidade). Ou pode ainda inventar palavras ou descrições pelo simples prazer que encontra ao inventar (combinações lúdicas de pensamento com finalidade). (Piaget, cit. por Araújo, 1992).

8.2. O jogo simbólico

No jogo simbólico está presente a representação, ou seja, a criança procura assimilar e expressar a realidade através da reprodução das relações presentes no meio ambiente que a rodeia. Este tipo de jogo constitui “uma atividade real essencialmente egocêntrica e sua função consiste em atender o eu por meio de uma transformação do real em função da sua própria transformação.” (Piaget, 1971 cit. por Rizzi, 1997, p. 27). Rizzi (1997) assegura ainda que o jogo simbólico é, simultaneamente, uma forma de assimilação do real e um meio de autoexpressão.

Os jogos simbólicos predominam entre os 2 e os 6 anos, a partir dos 7 e mais ou menos até aos 12 anos, o simbolismo desvanece e começam a surgir desenhos, trabalhos manuais, construções com materiais didáticos e representações teatrais. A hora do jogo é então um ensejo cheio de significado. A criança tem urgência de experienciar o jogo simbólico - quando a criança brinca, joga ou desenha está a ampliar a aptidão de interpretar, de traduzir. Está a relacionar-se com o mundo. Está a arrecadar ideias e sentimentos e está a difundir a sua criatividade.

Esta não é considerada como sendo uma segunda fase, mas sim um diferente estágio em que a criança se situa entre jogo simbólico e o jogo de regras. Segundo Piaget “os jogos de construção não definem uma fase entre outras, mas ocupam, no segundo e sobretudo no terceiro nível, uma posição situada a meio de caminho entre o jogo e o trabalho inteligente.” (Piaget, 1971 cit. por Rizzi, 1997, p.27).

8.3. O jogo de regras

Os jogos de regras classificam-se em sensório-motores e intelectuais e caracterizam-se pela existência de leis ou regras impostas que as crianças agora já serão capazes de seguir ou compreender e que, consequentemente, implicam penalização sempre que se verifica o não cumprimento das mesmas. Neste tipo de jogo, o carácter social faz-se sentir não só pela existência de parceiros ou pares, mas também pela existência das ditas regras, desencadeando muitas vezes uma grande competitividade.

O aparecimento deste jogo dá-se quando a criança sai da fase egocêntrica, passando a conseguir desenvolver relacionamentos afetivos e sociais, ou seja, começa a manifestar-se entre os 4 e os 7 anos, desenvolvendo-se sobretudo entre os 7 e os 12 anos. Apesar de ser uma atividade lúdica, o jogo de regra desenvolve-se continuamente durante toda a vida. Neste tipo de jogo as regras podem ser transmitidas por gerações passadas ou podem ser estabelecidas por acordo entre os participantes no momento em que jogam.

Assim, Araújo (1992) referindo Piaget diz que o jogo e a sua classificação demonstram a importância e a influência deste no processo de desenvolvimento da criança, bem como seu papel como incentivador e estimulador das várias atividades exercidas, sejam elas mentais, físicas, sociais, ou mesmo afetivas. Tendo em consideração o que foi dito anteriormente considera-se que o jogo é um elo de ligação entre a vontade e o prazer durante a concretização de uma atividade.

9. A importância do jogo no processo educativo

Educar é desde o final do século XIX um passo de grande importância na vida das pessoas, sobretudo das crianças. Para que este processo pudesse ser levado a cabo de forma correta, muitos foram os autores que se centraram no estudo da vida da criança, de forma a encontrar o modo mais eficiente de educá-la. Encontra-se no jogo e nos materiais lúdicos uma solução para tornar a educação mais ativa e frutífera. Embora o jogo educativo tenha surgido no século XVI, só a partir do século XX é que se deu a sua expansão.

O jogo é considerado de grande importância no processo educativo devendo ter um papel fulcral de grande profundidade, procurando encaminhar as atividades para a aprendizagem. Com o uso do jogo no processo educativo, a criança irá usufruir de uma aprendizagem mais agradável e o mesmo contribuirá para o desenvolvimento e enriquecimento de diversas áreas de extrema relevância na vida do aprendente. Desta forma, o jogo mostra-se como uma ferramenta polivalente, possibilitando que se realize um trabalho em diferentes áreas, pode ser utilizado para estimular o pensamento e a memorização, treinar a escrita, a leitura e a criatividade, desenvolver um raciocínio lógico e rápido de forma mais dinâmica ou até mesmo fomentar o relacionamento e interação com os pares, combatendo a timidez.

Dependendo do professor e do aproveitamento que este faz do jogo, a criança poderá desenvolver as suas capacidades de se questionar e questionar o outro, o que consequentemente conduzirá a um aumento da sua criatividade, fazendo com que o processo educativo se torne em algo mais inovador e ativo.

A educação e o processo educativo assentam em três pilares que são os seus intervenientes, ou seja, na escola, nos educadores e nos alunos. De acordo com Almeida (1998) “A nós, educadores, cabe o compromisso de ‘garantir’ a educação do aluno.” (p. 13). Faz, então, parte do papel do professor e da educação não só ensinar conteúdos, mas também promover o desenvolvimento global da personalidade da criança. Desta forma, para Moratori (2003, p. 9) o jogo é considerado:

“como um meio educacional, pois propicia um desenvolvimento integral e dinâmico nas áreas cognitiva, afetiva, linguística, social, moral e motora, além de contribuir para a construção da autonomia, criticidade, criatividade, responsabilidade e cooperação das crianças e adolescentes.”.

Mais do que o jogo, o que levará a uma boa aprendizagem será o ambiente de troca de informação e de discussão com o professor, sendo que, quanto mais tolerante este for, maior será a participação dos alunos, o que possibilitará uma análise crítica, em vez de uma avaliação ou correção que podem ser encaradas pela criança como inibidoras.

Como é do conhecimento geral, o jogo educativo estimula a criança e permite que se desenvolva integralmente. À palavra jogo associam-se entusiasmo, concentração e motivação, logo o jogo é um bom construtor de conhecimento e contribui satisfatoriamente para o processo de ensino e aprendizagem.

O facto de o jogo por si só ser provedor de cooperação, deve incutir no professor o objetivo de aproximar os alunos, procurando fazer uso das atividades educativas para despertar o espírito de equipa e de união, que tantas vezes falha na nossa sociedade. Hoje em dia, vivemos num mundo recheado de pessoas demasiado competitivas, por isso devemos aproveitar a escola, em especial o 2º CEB, altura em que a personalidade das nossas crianças está a ser formada, para lhes transmitir valores, na tentativa de que se ajudem mais, em vez de competirem entre si. O jogo poderá potenciar este espírito de entreajuda que referi, até porque a forma como é jogado “pode tornar o jogo mais importante do que imaginamos, pois significa nada menos que a maneira como estamos no mundo.” (Leonard, cit. por Brotto, 1999, p. 33). Neste sentido, o professor deve orientar as aplicações que achar convenientes, sem esquecer, no entanto, e tal como Debesse escreveu

no prefácio de “A criança e o jogo”, “o jogo não poderá ser um fim em si, mas apenas um dos meios mais eficazes de educar a criança”. (Debesse *in* Château, 1975).

10. Influência do jogo no desenvolvimento da criança

Conforme afirma Neto (2003), a investigação sobre o papel e importância do jogo no desenvolvimento humano tem sofrido um grande crescimento.

O jogo e a criança têm uma relação de grande proximidade, sendo que o mesmo é inerente ao ser humano, sobretudo à criança, pela sua capacidade de exteriorização. Huizinga defende que “a criança joga e brinca dentro da mais perfeita seriedade, que a justo título podemos considerar sagrado.” (Huizinga, 1996, p. 11).

Como refere Hamze (s.d.), o jogo é um elemento inerentemente natural da criança, tendo função de motivador e mobilizador de esquemas mentais. Além disto, o jogo contribui ainda para o estímulo do pensamento, a ordenação do tempo e do espaço, ao mesmo tempo que integra outras áreas da personalidade, tais como a afetiva, social, motora e cognitiva. Possibilita também o desenvolvimento cognitivo e de habilidades da área da coordenação, destreza, força e concentração.

Vygotsky (1989, cit. por Moratori 2003, p. 10), por seu lado, diz que:

“o lúdico influencia enormemente o desenvolvimento da criança. É através do jogo que a criança aprende a agir, sua curiosidade é estimulada, adquire iniciativa e autoconfiança, proporciona o desenvolvimento da linguagem, do pensamento e da concentração.”

A importância do jogo no desenvolvimento da criança reside no facto de ela necessitar de exteriorizar os seus sentimentos. Quando a criança não o faz, pode eventualmente desenvolver dificuldades e frustrações no decorrer da sua vida. Com a falta de tempo que caracteriza a vida das pessoas atualmente, os pais e demais intervenientes no processo educativo devem ter em conta que a criança deve e precisa de brincar. Quando a essência

da brincadeira se perde, a imaginação e criatividade da criança sofrem grandes decréscimos e o processo de aprendizagem é muito afetado.

Por tudo isto, o tempo, o espaço, a liberdade e o incentivo para a brincadeira devem ser uma constante por parte dos pais e dos educadores. O “poder” dos jogos, embora seja de extrema relevância no contexto educativo, também o é fora deste, pois mesmo no seu tempo livre, a criança pode ser estimulada a nível intelectual e cognitivo, sem deixar de se divertir e livremente aproveitar os seus momentos de descontração.

Junior (2010) defende que a prática do jogo permite à criança conhecer e entender regras, exercitar a sua capacidade de improvisar, expondo-se ao incerto e ao risco. Quando a criança joga, ganha autonomia, trabalha a sua imaginação, criatividade, e originalidade, ganhando a possibilidade de ser livre e de inventar. O jogo permite à criança entrar num mundo de “faz de conta” no qual pode representar a sua realidade da forma como a vê ou gostaria de ver, pode expressar livremente os seus desejos, convivendo com as diferenças e enriquecendo grandemente as suas capacidades.

11. Aplicação do jogo na sala de aula

A aplicação do jogo na sala de aula deve antever sempre um plano bem definido e claro, objetivando algo em concreto. Cabe ao professor escolher e adaptar o jogo cuidadosamente de acordo com as necessidades dos seus alunos e com o objetivo estabelecido por si à priori, tendo ainda em conta que não deve nunca descorar o facto de o jogo obrigatoriamente interligar o lúdico ao conteúdo pedagógico, podendo este ser de variadíssima origem.

Segundo Almeida (1998) ,“O grande educador faz do jogo uma arte, um admirável instrumento para promover a educação para as crianças.” (p. 23) O educador poderá assim, através do jogo melhorar e enriquecer a sua prática pedagógica, muito embora, seja de relembrar que o jogo nunca poderá substituir o método de ensino tradicional, poderá sim, apresentar-se como uma boa alternativa para reforçar ou até mesmo introduzir novos

conceitos, sendo que é uma ferramenta muito versátil e que permite trabalhar diferentes temáticas.

A utilização do jogo tem como objetivo oferecer aulas mais dinâmicas e de carácter mais participativo, fazendo com que a criança seja capaz de aprender com alguma autonomia. Através do uso recorrente de estímulos à sua criatividade, procura-se facilitar a aquisição e compreensão dos conteúdos.

Embora a aplicação de jogos na sala de aula seja uma vantagem clara no processo de aprendizagem para os alunos, é também um auxílio muito valioso para o professor, nomeadamente quando se usam jogos que facilitam a compreensão de conteúdos que seriam de outra forma de difícil assimilação para a criança. De acordo com Grando (2001), os jogos educativos, aplicados sobretudo onde os alunos apresentam mais dificuldades, são uma forma alternativa de aprendizagem de enorme utilidade. A diversão sentida aquando da aplicação dos jogos fomenta a participação, o que contribui para a compreensão dos conteúdos e posteriormente para o relembrar dos mesmos sempre que tal seja necessário.

Embora as vantagens da aplicação de jogos na sala de aula sejam notórias, são de referir também alguns aspetos menos positivos que por vezes acontecem. O professor tem de estar sempre preparado para o facto do jogo poder causar uma exagerada competitividade na turma, dos alunos não saberem lidar com a derrota, ou até mesmo de encararem o jogo simplesmente como uma disputa, deixando o mesmo de funcionar como um mecanismo de instrução. Destaca-se, então, a importância da produção e preparação do jogo educativo no sentido da sua aplicação ser tão produtiva quanto o desejado, e de cumprir os objetivos iniciais estabelecidos pelo professor. Para que a aplicabilidade dos jogos seja bem sucedida, o professor terá de despende de algum tempo na sua escolha, facto que nem sempre é possível atendendo ao vasto programa a ser cumprido ao longo do ano letivo e à excessiva carga horária do professor.

A aplicação de jogos na sala de aula não deve ser negligenciada por falta de tempo ou mesmo pelo exagero na aplicação da pedagogia. O professor deve procurar um consenso entre a instrução e a diversão, não esquecendo que por mais interessante que o lúdico seja

para a criança, deve ser ele a promover o trabalho escolar e incutir a seriedade que o jogo deve ter. Deve ainda, viver numa constante procura de atualização, refletindo na sua prática pedagógica e procurando sempre inovar nas suas metodologias. Neste processo de reflexão deve estar presente uma avaliação coerente a aplicar tanto de aspetos relacionados com o pré-jogo como com o pós-jogo, para que os objetivos estabelecidos sejam atingidos e o jogo seja utilizado de forma eficiente e completa.

12. A criança com PHDA e a influência do jogo

A educação escolar é de extrema importância para o desenvolvimento pleno das capacidades das crianças, sendo que o professor assume um papel de grande relevância, uma vez que a sua tarefa como transmissor no processo de ensino e aprendizagem, requer uma grande e cuidada preparação.

Quando trabalha com crianças com PHDA, o professor tem um desafio ainda maior e deve procurar manter-se atualizado, na tentativa de conhecer e compreender as necessidades do aluno, de forma a colmatar as suas dificuldades a nível pessoal e social. Esta atitude por parte do professor pode evitar que a criança tenha dificuldades de aprendizagem em si ou até mesmo comportamentos de desvio em relação às suas atitudes perante a sociedade, que são muitas vezes, resultado de negligência de alguns profissionais da educação que, por falta de informação, continuam a baralhar a PHDA com má-educação.

Cabe ainda ao professor a importante tarefa de detetar esta perturbação na criança, uma vez que possa manifestar-se a partir dos cinco anos de idade, é no 1º e 2º CEB que é mais comumente assinalada. O professor deve adequar as suas metodologias pedagógicas, com base no conhecimento da perturbação, para poder trabalhar e superar as dificuldades sentidas pela criança, sobretudo no que se refere à sua inquietude e incapacidade de concentração que tende a piorar em ambientes com muitos estímulos. Fonseca (1995):

“considera a presença de dois ou mais estímulos como prejudicial a essas crianças, tanto ao nível visual como auditivo, e ainda comenta que conforme estudos atuais à atenção é controlada pelo tronco cerebral, e uma vez afetada esta unidade funcional, o cérebro está impedido de processar e conservar a informação, pondo em risco as

funções de decodificação e codificação.” (Fonseca, 1995, cit. por Pinto, 2003, p.

6).

Os alunos com PHDA devem ser tidos em consideração, pois necessitam de um acompanhamento especial, com base nos seus pontos fortes e nas suas maiores dificuldades. O educador deve, então, auxiliar o aluno num processo de aprendizagem individual, ou seja, prestar especial atenção nas técnicas e métodos que usará, não esquecendo que estes alunos são vítimas de grandes frustrações e de ansiedade que podem pôr em causa o sucesso da aprendizagem e desenvolvimento destas crianças.

O professor deve ter sempre em mente captar a atenção da criança, fazendo uso de atividades mais dinâmicas, ativas e de interesse elevado, recorrendo a materiais como filmes, músicas, computador e claro jogos que estimulem a criança e propiciem maior concentração. Caso contrário, quando não são usados estímulos nos primeiros anos de aprendizagem, ou não são “expostas” a um contato direto com outras crianças da mesma faixa etária, os resultados podem ser verdadeiramente desastrosos

Os problemas emocionais são muitas vezes causas diretas do crescente número de crianças que sofrem de dificuldades de aprendizagem a que assistimos na atualidade.

Hoje em dia, há também resistência à brincadeira, quer pela agitação do dia a dia, como até pelo comodismo de estar em casa e usar o computador em vez de brincar e relacionar-se com outras pessoas. Nem os pais, demasiado envolvidos nas suas obrigações, nem os filhos, que vão saltando de atividade em atividade, dispõem de tempo para interagir mutuamente.

Embora o jogo apareça associado à ideia de diversão, pode na verdade gerar muito mais que simples momentos de recreação. Gabriel (2009) resguarda que o jogo pode impulsionar a integração social, contribuindo para a adaptação de regras, de acordo com o local e cultura existentes, muito embora a sua essência não possa ser alterada. O mesmo autor refere ainda que o jogo faz parte da cultura de uma sociedade e que através do lúdico permite a transmissão de costumes, valores, pensamentos e conhecimentos.

Para além disso, o jogo e a brincadeira são frequentemente importantes estratégias cognitivas para crianças com dificuldades de aprendizagem, porque permite que as suas dificuldades em concentrar-se e estar sentado sejam atenuadas. A aplicação do jogo resulta também no interesse pelas regras, tornando o respeito das mesmas mais possível.

O adulto aquando da utilização do jogo, deve fazer com que a criança sinta que esta é uma atividade de grande utilidade na sua aprendizagem, pois permite que adquira regras, resolva conflitos pessoais e de grupo, seja capaz de entender e reagir a sentimentos bem como transforme as suas atitudes e pensamentos.

Segundo Pinto (2003) autores como Vygotsky (1988), Piaget (1990) Winnicotti (1971) acreditam que o jogo tem um papel preponderante na educação, sobretudo na educação infantil. Por outro lado, Château menciona que a educação não deve somente reger-se pelo jogo, de modo a não dar uma ideia de um mundo demasiado ilusório. O autor defende que jogar tem implícito o realizar de uma tarefa, tendo então um carácter social, que possibilita à criança a interação com outras crianças, favorecendo o respeito em oposição ao egoísmo normal.

Abt (1974, cit. por Vargas e Pavelacki, 2005) vai ao encontro do que Château defende, afirmando que através do jogo a criança representa vários papéis, dando largas à sua imaginação e criatividade. Neste processo a criança tem ainda liberdade para decidir sobre o próprio jogo, tomando consciência do que significa interagir com o outro, e respeitar o seu direito de escolha e decisão, o sentimento de frustração que daqui advém demonstra o egoísmo e egocentrismo da criança, o que é normal no seu desenvolvimento.

Brougère (1998, cit. por Pinto 2003), a respeito do jogo, diz que ele contribui para mudar a nossa maneira de enfrentar o mundo e de descoberta do meio e pessoas que nos envolvem. Mais do que isto, os jogos são um grande contributo para desenvolver a criança tanto a nível físico como mesmo mental.

Pinto (2003) refere que Freud e Bossa (2000) consideram o jogo como sendo criativo e curativo, pelo facto de permitir à criança representar e agir no jogo de acordo com as perspetivas que tem da realidade, funcionando como um ato de libertação.

Bruner (1978, cit. por Gabriel, 2009) acredita que o jogo faz com que a criança aprenda e solucione os seus problemas, transformando os seus pensamentos, defendendo ainda que, quando brinca, o indivíduo busca situações nas quais não exista punição. O autor esclarece que “a brincadeira deve ter o auxílio do adulto e ter situações estruturadas, mas que permitam a acção motivada e iniciada pelo aprendiz de qualquer idade” (Bruner, 1978, cit. por Gabriel, 2009, p. 34). Assim, o adulto pode implicitamente introduzir a regra através do jogo, fazendo com que a criança aprenda, que tanto no jogo como na vida social as regras estão presentes, devendo ser cumpridas. Quando este processo é frutífero, aparece uma relação de cumplicidade entre o adulto e a criança, sendo que a probabilidade de a criança encontrar neste adulto um exemplo a seguir é enorme.

Pinto (2003) refere a importância da conceção de jogo para Jean Paul como sendo:

"Onde a criança poderá manifestar e exercer a sua autoridade, a sua oposição, a sua generosidade, a sua clemência, em resumo, todas as raízes e flores da sociedade, se não for num estado livre, entre os seus semelhantes? Eduquem as crianças pelas crianças. A entrada na sala de jogos é, para elas, o mundo, e é a troca com os seus pares que desenvolvem as suas forças intelectuais" (cit. por Pinto, 2003, p. 1)

Desta forma, o jogo ganha um papel de relevo na aquisição de estratégias que permitem à criança solucionar os seus próprios problemas, realizando uma exploração e reflexão acerca daquilo que vai aprendendo.

Benjamim (1984, cit. por Vargas e Pavelacki, 2005), por seu lado, pensa que a utilização do jogo vai conduzir a criança a uma aprendizagem histórica dos costumes e culturas inerentes ao ser humano. Para ele o jogo é importante pelo simples facto de fazer desde sempre parte integrante da vida da criança. O autor acredita também que a utilização do jogo pode incutir na criança o sentido de responsabilidade.

Para Vargas e Pavelacki (2005), o crescimento e desenvolvimento da criança no que respeita à aquisição de valores que possam influenciar a sua vida futura e o seu desempenho como indivíduo que faz parte de uma sociedade é sem dúvida influenciado pela prática de jogos, se estes favorecem a alegria, satisfação, respeito, cooperação, interesse e competitividade comedida, o sucesso na aplicação do jogo será atingido.

Apesar da incontestável importância dos jogos para o desenvolvimento da criança e no processo educativo, também é necessário ter em conta que os intervenientes neste processo, especialmente os professores, que são na maior parte das vezes os responsáveis pela aplicabilidade do jogo no contexto educativo, podem não ser bem sucedidos. Este facto deve-se às dificuldades que podem surgir tanto na observação como na aplicação dos jogos e atividades lúdicas na sala de aula.

Vargas e Pavelacki (2005) concordam com esta dificuldade e salientam que quando a execução do jogo não é bem sucedida pode potenciar falta de atenção, a não-aceitação de regras e mudanças das mesmas, o não quererem ser corrigidos quando não têm razão, dificuldades no entendimento e organização, bem como o não aceitar as diferenças dos pares, mostrarem-se tímidos ou manifestarem dificuldades de coordenação motora.

Apesar das dificuldades apontadas por estes autores, tendo em atenção a opinião dos estudiosos consultados, assume-se que o jogo tem um grande valor e importância educacional, social e moral para o desenvolvimento da criança.

Felizmente, o jogo e a utilização de atividades lúdicas provam que é possível tornar menores as dificuldades de aprendizagem, aumentar o interesse por parte do aluno e torná-lo em alguém mais alegre, capaz de estabelecer uma relação positiva quer com os colegas quer com o professor, na qual a cordialidade está bem patente.

Se as dificuldades com os alunos “ditos normais” são grandes, com crianças com PHDA a dificuldade tende a aumentar e a utilização do jogo nestes casos, segundo Gabriel (2009,) pode nem sempre surtir o efeito desejado. Isto porque a dificuldade de atenção, falta de

concentração e impulsividade, características da PHDA, podem complicar o trabalho neste tipo de atividades.

Estas características típicas da PHDA implicam que o educador, ao escolher e aplicar o jogo como metodologia de trabalho, tenha em atenção, pense bem a atividade, as condições da aplicação da mesma, possibilitando ao aluno o desenvolvimento das suas capacidades para que obtenha o sucesso desejado, designadamente a nível do sucesso social, emocional e cognitivo.

A pouca informação existente sobre a PHDA fez com que durante anos os profissionais da educação e os pais acreditassem que a PHDA seria um problema ultrapassado na adolescência, no entanto, hoje em dia é sabido que sem um tratamento adequado a PHDA pode persistir durante a adolescência e até mesmo na idade adulta.

Gabriel (2009) utilizando as ideias de Rodhe e Benzic (1999) diz que esta perturbação pode originar dificuldades nos âmbitos emocional, familiar, social e até mesmo escolar, no que refere ao desempenho e sucesso da criança.

De acordo com a APA (2002), a PHDA caracteriza-se essencialmente por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade - impulsividade, mais frequente e grave do que aquela tipicamente observada nos indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento. Estas crianças possuem alguns comportamentos típicos como: atividade excessiva, distração, impaciência, impulsividade, dificuldade de relacionamento, agressividade, descontrolo emocional e, frequentemente, são consideradas problemáticas, indisciplinadas e inconvenientes no meio em que estão inseridas. Assim, estas crianças sentem-se afetadas e excluídas nas suas interações com os adultos, com os amigos e com elas mesmas, pois são pouco compreendidas. Então, torna-se necessário ter alguns cuidados ao utilizar o jogo como atividade, porque em vez do efeito pretendido, o jogo pode resultar numa atividade frustrante se a sua aplicação não for realizada adequadamente.

Esta problemática só recentemente começou a ser alvo de estudos intensivos, nos quais os profissionais da saúde e educação têm intervindo de acordo com as necessidades específicas de cada área. A investigação efetuada em prol da PHDA tem-se centrado sobretudo na sua causa, evolução, diagnóstico e tratamento.

Devido às características já mencionadas anteriormente pela DSM-IV-TR e ao sentimento de impotência dos professores no trabalho com crianças com PHDA, o jogo é visto como um excelente aliado no trabalho educativo sobretudo no processo de ensino e aprendizagem.

Já Vygotsky (1991, cit. por Gabriel, 2009) defendia que é através do jogo que a criança adquire a capacidade de reproduzir experiências e vivenciar o mundo, desenvolvendo relações com outras crianças, o que contribui fortemente para o seu próprio desenvolvimento e para a melhoria da sua aprendizagem.

O mesmo autor (Vygotsky, 2004 cit. por Falkenbach e Pires, 2008) menciona a zona de desenvolvimento proximal explicando que a criança tende a ganhar admiração por aqueles com quem consegue manter relações de proximidade e que este terão um papel preponderante no seu desenvolvimento, até porque a criança tende a recorrer à imitação destas pessoas, ou mesmo pedir ajuda, quando não consegue executar a tarefa sozinha. Isto demonstra que o papel do professor na escola ganha então uma responsabilidade crescente, a partir do momento em que está nas suas mãos estimular a criança para que possa desenvolver totalmente todas as suas potencialidades, sem que os estímulos ambientais a possam deslocar do objetivo.

Para que este processo seja levado a cabo de forma positiva, é necessário que os professores dediquem algum do seu tempo ao estudo da PHDA e das melhores formas de intervir perante crianças com esta perturbação, não fazendo uso da repreensão quando pensam que o aluno não tenha agido da melhor maneira, que podem levar a comportamentos violentos, mas sim, elogiar sempre que tenham atitudes corretas.

Lopes (2002, cit. por Gabriel 2009) entende que a presença de crianças com PHDA na sala de aula se torna um impedimento para o seu trabalho, visto que estes alunos apresentam caracteristicamente dificuldades em respeitar regras e em controlar-se a nível emocional.

O primeiro autor a atribuir importância ao jogo no trabalho pedagógico foi Froebel. O autor (1998, cit. por Gabriel, 2009) acredita que o jogo deve ser um modelo a adotar na educação e que depois dos educadores entenderem qual o seu papel e contributo no seu trabalho, este ganhará uma maior visibilidade na educação, proporcionando à criança que se desenvolva como é esperado.

Gabriel (2009) encara o jogo como uma preciosa ferramenta que permite à criança com PHDA alargar as suas capacidades em todos e cada domínio do desenvolvimento.

Jogar, brincar e realizar atividades lúdicas faz parte de ser criança, até porque só desta forma a criança será capaz de conhecer-se a si mesma e ao meio que a envolve. Se estas atividades referidas anteriormente são estratégias de ensino que mantêm os alunos concentrados, envolvendo-se e entregando-se ilimitadamente ao que estão a fazer e aos seus pares, esta é então uma ótima estratégia a aplicar no trabalho com crianças com PHDA. Através dos jogos, as crianças que sofrem de PHDA têm oportunidade de desenvolver o seu raciocínio, treinar a concentração, aprender a respeitar regras e os seus parceiros sociais, aprendendo assim a viver e estar em sociedade.

Verderi (1999, cit. por Gabriel 2009) acentua que hoje em dia, as crianças estão cada vez mais afastadas dos jogos e atividades recreativas, o que leva a um défice mais ou menos marcado no desenvolvimento das capacidades motoras, cognitivas e sócio-afetivas que os educadores devem procurar combater pela introdução de jogos na sua prática pedagógica. Isto leva-nos a refletir acerca da importância do jogo e da sua permanência no contexto educativo

Gabriel (2009) pensa que quando se usa o jogo, as crianças são mais cooperativas, procuram ajudar-se e interagem de forma mais natural, assim sendo, as crianças com

PHDA são mais facilmente incluídas no processo de ensino e aprendizagem, gozando de um convívio mais saudável e divertido,

Num ambiente de maior descontração como é o criado através do jogo, a criança mais facilmente ultrapassará as suas dificuldades cognitivas e emocionais, porque não estão submersos num clima de pressão, imposição e cobrança. Através desta prática pedagógica, a criança com PHDA começará a entender porque existem regras, contrariamente ao que lhes é característico, uma vez que antes de iniciar qualquer jogo, os participantes devem conhecer, entender e concordar com as regras acordadas com o grupo e o professor.

Barros (2002, cit. por Gabriel 2009, p. 40) diz que “é através dos jogos e brincadeiras em grupo que a criança aprimorará o seu senso de respeito às normas de grupo e sociais”, desta feita, o jogo contribuirá também para uma melhoria a este respeito por parte das crianças que sofrem de PHDA.

Devido à dificuldade de manter-se atentas e ao comportamento dispersivo que as crianças com PHDA manifestam, o jogo não deve ser utilizado como intervenção ou forma de tratamento, mas sim como incentivo para melhorar as condições de desenvolvimento destes alunos. Sempre que o jogo exija um grau de concentração elevado, a participação da criança com PHDA estará à priori comprometida.

Gabriel (2009) diz que instabilidade comportamental nas crianças que sofrem de hiperatividade fará com que tenham maior dificuldade em criar e manter amizades. Neste sentido, o jogo pode também ser um contributo para que as relações e interações sociais aumentem. O autor acredita ser importante que estas crianças aprendam a alcançar as habilidades sociais através do relacionamento próximo com os seus pares, pois, poderá melhorar o seu futuro enquanto membro ativo da sociedade. O mesmo autor defende ainda que o professor deve facilitar e proporcionar à criança com PHDA a criação de novas amizades, pois isto irá certamente fomentar o enriquecimento e desenvolvimento destes seres.

Lopes (2002, cit. por Gabriel, 2009) salienta que o comportamento característico das crianças hiperativas pode fazer com que os seus pares se afastem, por não conseguirem

compreender porque agem dessa forma, pois estas crianças podem chegar a ser inconvenientes. O sentimento de rejeição não é bem aceite por nenhum ser humano, assim sendo, para alguém que sofre de PHDA pode ser extremamente difícil ultrapassar a solidão e ansiedade causadas. Neste caso, o papel do professor será o de chamar os seus alunos à razão e mostrar-lhes que os colegas hiperativos, apesar de apresentarem alguns problemas ou desvios comportamentais, também são pessoas com qualidades, que eles devem saber reconhecer. O professor deve procurar ainda fazer com que os alunos ajudem os seus companheiros, corrigindo-os e ensinando-os a reagir e interagir adequadamente. Esta atitude levará a criança hiperativa a tornar-se em alguém mais tolerante e com maior paciência, que nos dias de hoje, pode ser considerado quase que como uma virtude.

Recorrer aos jogos dramáticos pode ser uma boa medida para tentar colmatar a impulsividade e dificuldade em compartilhar e cooperar da criança com PHDA. Através deste tipo de jogo, a criança poderá aprender a ouvir, esperar pela sua vez de intervir, olhar e prestar atenção a quem fala, isto certamente fará com que a sua integração no seu meio envolvente aconteça e com que cresça não só a nível social, mas também emocional.

Gabriel (2009) ressalta a ideia de que, para a realização de uma prática pedagógica eficaz através do uso de jogos, o professor deve preparar-se para exercer as suas funções com responsabilidade e competência, consciente de que precisa saber quais os objetivos que quer alcançar e quais as potencialidades que pretende desenvolver nos seus alunos. É então fundamental que o professor escolha o jogo certo para o momento educativo que pretende executar, explorando com algum cuidado e tato quais os fins que pretende atingir. O professor não deve ter em vista somente um participante, mas todos eles, tentando que todos sejam beneficiados e aprendam a incluir e aceitar as diferenças.

O mesmo autor, diz também que, a variedade de materiais e um ambiente propício devem ser levados em consideração, quando o professor pensa no jogo a executar. Sempre que possível, as crianças devem ser implicadas na construção de materiais, porque isto contribuirá para a motivação e para a vontade de participar no jogo.

Nas observações realizadas por Falkenbach e Pires (2008) no projeto de psicomotricidade relacional no Curso de Educação Física da UNIVATES, ambos os autores declaram que a

maioria das crianças com PHDA admira nos adultos a sua força e altura, o que pode despertar para colocar em prática as suas imaginações e desejos sem nenhuma restrição. Desta forma, o professor pode interagir e influenciar o comportamento típico de uma criança hiperativa.

Os autores referenciam ainda que a relação professor/ aluno é muito importante e que o educador deve estar sempre disponível para a criança, de forma a apoiar e orientar no desenvolvimento de novas atividades e reforçar aquelas que já estavam a desenrolar-se.

Falkenbach e Pires (2008) citam Ana Beatriz (2003) destacando que "a aprendizagem é mais do que a aquisição de capacidades para pensar, é a aquisição de muitas capacidades especializadas para pensar sobre várias coisas" (p. 1).

Falkenbach e Pires (2008) concluíram que o ato de brincar é uma componente essencial para as crianças PHDA, visto que facilita desenvolver aprendizagens de forma lúdica e enérgica. Os autores afirmam que o jogo incorpora vantagens para estas crianças, porque abarca representações mentais que auxiliam na aprendizagem do desenvolvimento de conceitos e elaboração de projetos mentais.

Em suma, é importante referir que quando a PHDA é identificada precocemente e a criança é tratada com a devida conveniência, os sintomas são grandemente reduzidos e os conflitos e problemas escolares minorizados. Quando a criança joga e brinca é habitual que a sua concentração e interesse em aprender aumentem. Assim, todos os intervenientes no processo educativo devem estar alerta e manter-se atentos aos comportamentos da criança, para serem capazes de entender quando há realmente algo que não está dentro da chamada norma.

O sucesso deste processo dependerá da estreita colaboração entre a escola e a família, porque as vitórias conseguidas a nível cognitivo, motor, físico e social só farão sentido, quando continuamente trabalhadas, este não é portanto um processo estanque.

Capítulo 2 - Metodologia de Investigação

1. Introdução

Este trabalho apresenta-se como um estudo que pretende analisar quais as perceções dos professores de 2º CEB, independentemente de terem ou não contacto com crianças com PHDA em contexto de sala de aula, sobre diferentes aspetos relacionados com a perturbação.

Após a apresentação da abordagem teórica, que suporta a pesquisa que se realizou acerca da PHDA e sobre a importância do jogo no desenvolvimento de crianças com esta perturbação, referimos os objetivos da investigação, o problema, as hipóteses e variáveis. Posteriormente, descrevemos do percurso de investigação, nomeadamente, as técnicas de investigação utilizadas, passando pela justificação e pertinência do estudo.

Outros dos pontos desenvolvidos neste capítulo são, o protocolo de recolha de dados, a dimensão e critérios da amostra, a ética da amostra e os procedimentos estatísticos.

2. Objetivos

O objetivo principal deste estudo, centra-se em tentar perceber qual é, na perspetiva dos professores do 2º CEB, a importância do jogo no desenvolvimento de alunos com PHDA, tentando descortinar como, e em que condições, esta prática pedagógica pode auxiliar a criança no processo de superar as suas dificuldades a nível social, motor, intelectual, emocional e escolar.

Assim, pretendemos dar o nosso contributo para melhorar o conhecimento dos professores sobre a PHDA, no intuito de contribuir de alguma forma para uma melhor prática pedagógica no trabalho a desenvolver com estas crianças.

2.1. Objetivos específicos da investigação

Com este estudo pretende-se perceber a frequência com que os professores de 2º CEB trabalham com crianças com PHDA.

Qual o nível de conhecimento acerca desta temática dos professores de 2º CEB.

Verificar se os professores do 2º CEB consideram, ou não, importante o uso do jogo no desenvolvimento das crianças com PHDA.

Analisar se os professores de 2º CEB recorrem frequentemente ao jogo como método de trabalho na sua prática pedagógica.

3. Problema

Qual a importância do jogo na prática pedagógica em alunos com PHDA?

3.1. Hipótese de trabalho

A prática pedagógica do jogo influencia o desenvolvimento global da criança com PHDA.

3.1.1. Variável independente

A prática pedagógica do jogo.

3.1.2. Variável dependente

O desenvolvimento global da criança com PHDA.

3.2. Hipótese contrária

A prática pedagógica do jogo não influencia o desenvolvimento global da criança com PHDA.

3.2.1. Variável independente

A prática pedagógica do jogo.

3.2.2. Variável dependente

O desenvolvimento global da criança com PHDA.

4. Instrumentos de Investigação

Pretendemos utilizar uma metodologia quantitativa e qualitativa, através do uso de um questionário. Procedemos à elaboração de um questionário.

Elegemos primeiro a metodologia quantitativa, porque, segundo Fortin (1996), este instrumento embora produza informação menos detalhada, torna-se um recurso para o investigador chegar ao conhecimento científico.

Isto, implica a aplicação de técnicas, que, tolerem seleccionar e dimensionar as amostras, assim como, da seleção aleatória dos sujeitos da amostra. Uma das vantagens é a análise e inclusão dos resultados de um conjunto mais ou menos alargado de pesquisas sobre um assunto. A principal restrição prende-se com o facto de o investigador ser inapto de manusear ou controlar determinados aspetos (variáveis independentes), sendo o controlo, uma das grandes demarcações deste método.

De acordo com Bogdan e Blikem (1994), a investigação quantitativa tem sido o modelo predominante da investigação em educação, facultando progressos expressivos no que respeita ao ensino e à aprendizagem. Mas, devido a algumas investigações, particularmente no campo da psicologia, reconheceu-se-lhe as suas limitações e a necessidade de se recorrer aos métodos qualitativos.

Numa fase mais avançada, surge a metodologia qualitativa, cujo principal objetivo é estabelecer, até que ponto, os resultados alcançados são ampliáveis à população.

A investigação qualitativa, por seu turno, centraliza-se na compreensão dos problemas, investigando a explicação que pode ser dada para certos comportamentos, atitudes ou convicções. Não há preocupação com a dimensão da amostra, nem com a generalização de resultados e não se põe o problema da validade e da fiabilidade dos instrumentos, como acontece com a investigação quantitativa. Aqui, o investigador é o “instrumento” de recolha de dados, a qualidade (validade e fiabilidade) dos dados deriva muito da sua afetividade, da sua honestidade e do seu saber.

Uma das vantagens deste tipo de investigação é a possibilidade de produzir boas hipóteses de investigação, devido ao facto de, se utilizarem técnicas como: entrevistas detalhadas, observações minuciosas e análise de produtos escritos (relatórios, testes, composições). Este tipo de investigação também tem limitações, sendo a objetividade a maior delas.

Tendo em conta os factos mencionados anteriormente, escolhemos o inquérito por questionário como uma das técnicas para recolher dados, visto que, este pode ser definido como “uma interrogação particular acerca de uma situação englobando indivíduos, com o objectivo de generalizar” (Ghiglione, 1993, p.8). Os autor, refere também que:

“Um questionário, por definição, é um instrumento rigorosamente estandardizado, tanto no texto das questões como na sua ordem. No sentido de garantir a comparabilidade das respostas a todos os indivíduos, é indispensável que cada questão seja colocada a cada pessoa da mesma forma, sem adaptações nem explicações suplementares resultantes da iniciativa do entrevistador” (p.8).

Assim, a elaboração do questionário será cuidadosa e cumprirá todas as etapas metodológicas que o norteiam, isto porque, construir um questionário adequado requer

muito tempo e esforço do investigador. Este instrumento é considerado como sendo vantajoso, porque possibilita quantificar uma multiplicidade de dados, permitindo fazer várias análises de correlação e possibilita que a representatividade do conjunto dos entrevistados possa ser satisfeita através deste método.

“O questionário é um instrumento de observação não participante, baseado numa sequência de questões escritas, que são dirigidas a um conjunto de indivíduos, envolvendo as suas opiniões, representações, crenças e informações factuais, sobre eles próprios e o seu meio.” (Quivy & Campenhout, 1992, cit. por Pereira, 2009).

Foi elaborado um questionário de resposta fechada com uma questão aberta para quem nunca trabalhou com crianças com PHDA, para que não fosse perdida informação e todas as opções de resposta fossem oferecidas.

O questionário está dividido em três grupos (ver em anexo A). O primeiro, remete-nos para os dados demográficos da amostra, o segundo, para um conjunto de itens nos quais as respostas do sujeito são avaliadas segundo a escala de Likert, perfazendo um total de quarenta e cinco itens de tipo questão fechada. O sujeito que está a ser avaliado pode manifestar o seu grau de concordância desde o *discordo totalmente* (nível 1), até ao *concordo totalmente* (nível 5). Medimos a atitude do sujeito de acordo com a percentagem de respostas dadas em cada nível da escala, calculamos a média e o desvio padrão, do nível selecionado para cada item. O terceiro grupo, dedica especial atenção à opinião dos professores que nunca trabalharam com crianças com PHDA acerca da importância do jogo no desenvolvimento destas mesmas crianças.

Pode ainda dizer-se, que o questionário é anónimo, com linguagem acessível, direccionada e clara a todos os inquiridos e, que decorreram de 28 de maio a 25 de junho de 2012.

5. Calendarização

	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.
Escolha do tema		X				
Formulação do problema.			X			
Revisão da literatura		X	X	X		
Elaboração das hipóteses			X	X		
Redação da monografia		X	X	X		
Elaboração do questionário			X			
Aplicação dos questionários				X	X	
Revisão da redação.					X	
Divulgação dos resultados.						X

6. Protocolo de recolha e aplicação de dados

Os inquéritos por questionário foram distribuídos via e-mail, através do *Google docs*, a 100 docentes do 2º CEB, com resposta de 85, sendo que, alguns destes fizeram a gentileza de reencaminhar para outros conhecidos. Desta forma, não foi necessário nenhum documento de autorização para o preenchimento dos mesmos. A folha de rosto do questionário serviu para demonstrar aos participantes do estudo a nossa identificação e o objetivo do mesmo.

7. Dimensão e critérios de seleção da amostra

Quando pensamos em pesquisa, pensamos num universo que abrange um enorme número de elementos, tão grande que, quando se ambiciona obter informações sobre um ou mais aspetos de um grupo numeroso, torna-se impossível considerá-los no seu todo. Para Gil (1999), é assim que emerge a necessidade de trabalhar com uma amostra, ou seja, investigar apenas uma pequena parte dos elementos que compõem o universo ou população.

A população a que o estudo foi dirigido é constituída por professores do 2º CEB, não sendo a localização geográfica específica pelo facto dos inquéritos terem sido enviados via e-mail.

A população era inicialmente constituída por 100 professores do 2º CEB, mas, apenas se auferiu 85 questionários devidamente preenchidos, pelo que a amostra é de 85 sujeitos.

8. Ética da pesquisa

Para Carmo e Ferreira (1998), o investigador deve executar determinados princípios éticos. Estes fazem com que o investigador informe, respeite e garanta os direitos de todos os que cooperam no estudo. A confidencialidade e o anonimato de toda e qualquer informação colhida.

Sendo assim, procedeu-se ao envio do questionário para que os professores de 2º CEB os pudessem preencher. Estes questionários foram anónimos e os seus dados tratados de forma automática e confidencial.

Houve o cuidado e preocupação em referenciar os autores, consultados e citados durante a revisão da literatura, sendo que, estão presentes no último capítulo deste estudo.

9. Procedimentos estatísticos

No primeiro grupo, foram utilizadas escalas nominais, com diferentes categorias não ordenáveis, na qual a frequência absoluta representa a contagem das respostas no questionário e a frequência relativa, por seu lado, é a frequência absoluta a dividir pelo número total de inquiridos.

De seguida, são apresentados os procedimentos estatísticos que usamos para o segundo grupo do questionário.

<i>Grau de concordância/ discordância</i>	<i>Valor da pontuação (1 a 5)</i>
Concorda totalmente	5
Concorda	4
Não concorda, nem discorda	3
Discorda	2
Discorda totalmente	1

Para fazer o tratamento de dados, o questionário foi criado no *Google docs* que permite efetuar a passagem para o programa *Excel* da *Microsoft* para posterior tratamento das respostas recebidas através de gráficos e tabelas.

Capítulo 3 - Apresentação de Resultados

1. Introdução

Após efetuar a revisão bibliográfica pertencente ao problema levantado neste estudo, perante as hipóteses e variáveis consideradas, a recolha de dados é essencial para que se possa analisar e tratar a informação. Assim, os resultados obtidos poderão comprovar ou refutar as hipóteses levantadas.

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário de perguntas fechadas e uma de resposta aberta a professores do 2º CEB, tendo o mesmo sido dividido em três fases.

Apresentamos a caracterização geral do universo da amostra bem como os dados demográficos relativos à mesma na forma de gráficos. Mostramos os restantes dados obtidos dos questionários e o seu tratamento estatístico, também na forma de gráficos e tabelas, relativos ao estudo no que concerne aos itens respondidos pelos inquiridos.

Todos os dados são apresentados em percentagem para as respostas dadas aos diferentes itens, na primeira parte com respostas afirmativas ou negativas.

Para o primeiro grupo do questionário, o tratamento estatístico dos dados é apresentado através da frequência relativa, frequência absoluta, frequência relativa acumulada e frequência absoluta acumulada.

Os dados do segundo grupo são apresentados em percentagem para as respostas dadas aos diferentes itens, segundo a escala de Likert. Com estes dados, procedemos ao cálculo da média e do desvio padrão. Também apresentamos a média do conjunto de itens de cada questão, na forma de tabela.

2. Caracterização geral do universo da amostra

A população alvo, são professores do 2º CEB, e tem como referência para o estudo, uma amostra, constituída por um grupo de 85 professores.

Esta amostra foi selecionada em função do objetivo que se pretende neste estudo.

Analisando os dados obtidos, verificamos que, a faixa etária predominante na amostra encontra-se entre os 23 e os 30 anos 55%, correspondendo a 47 inquiridos, seguida de 34%, ou seja, de 29 indivíduos com idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos.

Os professores que fazem parte da amostra são maioritariamente, do género feminino 85%, correspondendo a 72 inquiridos, conforme o que se pode verificar nos gráficos que se seguem:

Gráfico 1 - Género

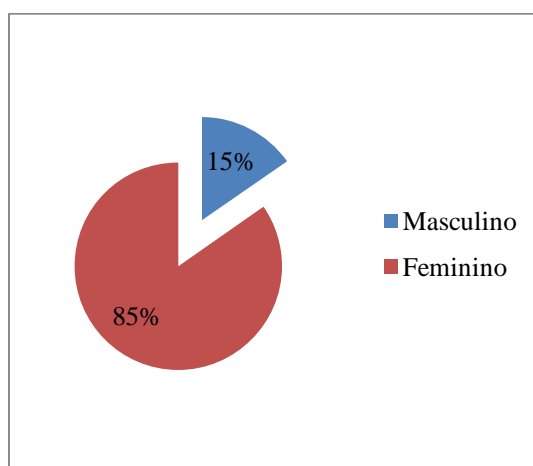
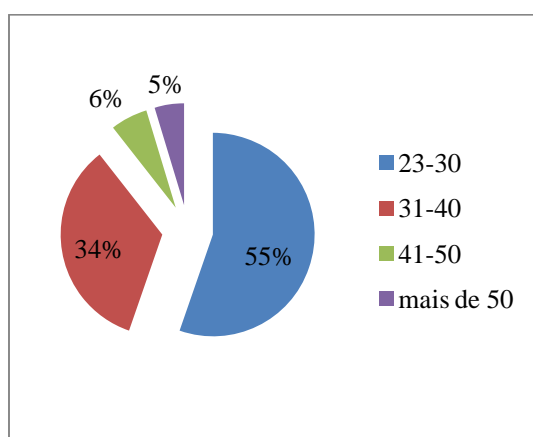
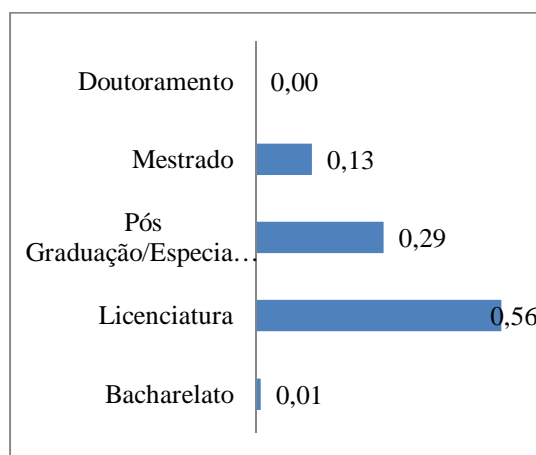


Gráfico 2 - Idade



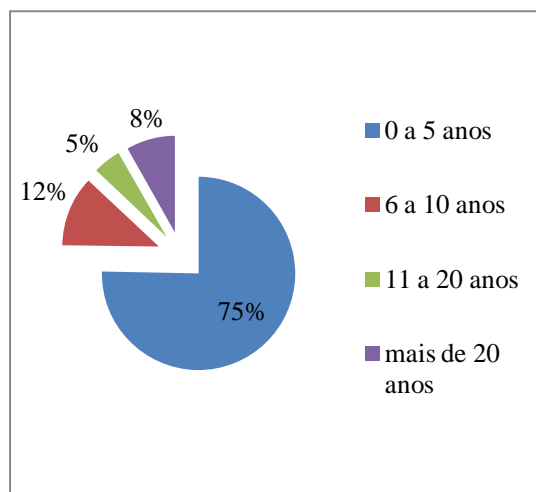
A maioria dos professores inquiridos (56%) possui Licenciatura, no entanto conforme o que se pode verificar no gráfico abaixo apresentado, 29% dos professores em questão possuem Pós-Graduação/Especialização em Educação Especial:

Gráfico 3 – Habilitações acadêmicas



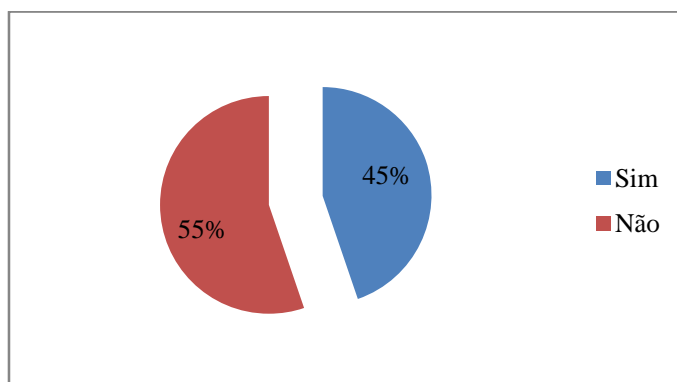
A esmagadora maioria dos professores inquiridos (75%), contabiliza entre 0 e 5 anos de serviço, conforme o que se pode verificar no gráfico 4:

Gráfico 4 – Tempo de serviço



Conforme se pode verificar no gráfico que se segue, a percentagem de professores com e sem Formação/Especialização em Educação Especial, não é muito variável. Assim, 45% dos professores tem formação na área e 55% não.

Gráfico 5 – Formação/ Especialização em Educação Especial



Como podemos observar nos gráficos a seguir apresentados a grande maioria dos inquiridos (76%) já trabalhou com crianças com PHDA, no entanto, 41% diz possuir conhecimento suficiente e 32% insuficiente sobre a mesma perturbação. Estes dois gráficos e a relação que se pode estabelecer entre ambos leva-nos a acreditar que os professores do 2º CEB não possuem muito conhecimento sobre a perturbação.

Gráfico 6 – Conhecimentos sobre a PHDA

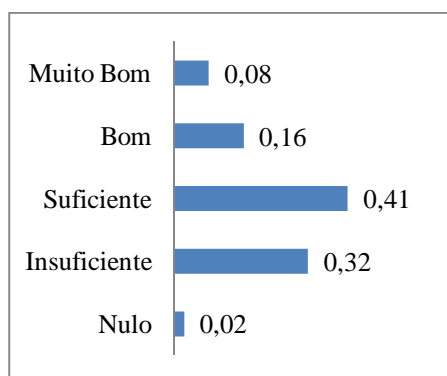
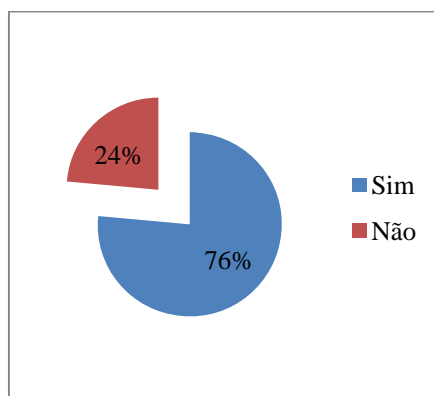


Gráfico 7 – Trabalhou com crianças com PHDA?



3. Apresentação dos resultados obtidos

Os dados obtidos no grupo dois do questionário são referentes a apenas 65 indivíduos da amostra total (76%), uma vez que, só os professores que já trabalharam com crianças com PHDA deviam responder aos itens que se seguem. Aos restantes (24%), que nunca contactaram com alunos com esta perturbação, foi pedido que numa pergunta aberta exprimissem a sua opinião pessoal acerca da importância do jogo no desenvolvimento destas crianças.

3.1. A criança com PHDA

Tabela 2 - Análise descritiva das características da criança com PHDA

		1		2		3		4		5			
		Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Média	Desvio Padrão
1.1.	Apresenta sempre um comportamento hiperativo em todos os contextos.	6	9%	34	52%	10	15%	10	15%	5	8%	2,60	1,09
1.2.	Apresenta frequentemente comportamentos desadequados.	3	5%	6	9%	7	11%	43	66%	6	9%	3,66	0,93
1.3.	Não sabe esperar pela sua vez e é impulsiva.	3	5%	5	8%	5	8%	40	62%	12	18%	3,82	0,97
1.4.	Presta muita atenção às atividades e tarefas pedidas, bem como às ordens dadas.	19	29%	42	65%	3	5%	1	2%	0	0%	1,78	0,59
1.5.	Não se envolve em conflitos e tem um relacionamento saudável com os colegas.	11	17%	41	63%	13	20%	0	0%	0	0%	2,03	0,61
1.6.	Torna o funcionamento da aula pouco viável e distrai-se com facilidade.	7	11%	8	12%	2	3%	40	62%	8	12%	3,52	1,18
1.7.	Aprende de forma semelhante aos seus colegas de turma e não necessita de estímulos constantes.	11	17%	46	71%	7	11%	1	2%	0	0%	1,97	0,58
1.8.	Pode causar sofrimento aos pais e a si própria, quando não devidamente acompanhada.	0	0%	8	12%	7	11%	36	55%	14	22%	3,86	0,89
1.9.	Não pode ser tratada com medicamentos.	15	23%	39	60%	10	15%	0	0%	1	2%	1,97	0,72
1.10.	É frequentemente desafiadora, agressiva e antissocial.	4	6%	21	32%	13	20%	20	31%	7	11%	3,08	1,14
1.11.	No contexto da sala de aula é da competência do professor de Educação Especial.	15	23%	28	43%	18	28%	4	6%	0	0%	2,17	0,85
1.12.	Pode sofrer de depressão por associação.	0	0%	3	5%	33	51%	24	37%	5	8%	3,48	0,70
1.13.	Dorme tranquilamente.	11	17%	19	29%	35	54%	0	0%	0	0%	2,37	0,76
1.14.	Realiza os trabalhos organizada e atempadamente.	9	14%	44	68%	12	18%	0	0%	0	0%	2,05	0,57
1.15.	Cumprimenta rotinas.	15	23%	37	57%	12	18%	1	2%	0	0%	1,98	0,69

Tendo em atenção os resultados da tabela, facilmente se conclui que os professores apresentam uma visão sólida acerca da PHDA.

Concluímos que em média os inquiridos não concordam com os pontos 1.1, 1.4, 1.5, 1.7, 1.9, 1.10, 1.11, 1.14, e 1.15 uma vez que apresentam uma média abaixo de 2,5 e um desvio padrão acima de 1. Destaca-se ainda que nas perguntas 1.1, e 1.10, os inquiridos embora demonstrem não concordar com a questão, não mostram unanimidade na sua resposta. Concluímos ainda que em média os inquiridos concordam com os pontos 1.2, 1.3, 1.6, 1.8, pois o valor médio acima de 3,5 e apresentam um desvio padrão abaixo de 1. Em relação às questões 1.12 e 1.13 a média dos inquiridos encontra-se com uma posição neutra pois estas questões apresenta de média valores próximos de 3 e com desvio padrão menor que 1.

Relativamente ao à pergunta 1.1., 52% dos inquiridos discordam que as crianças com PHDA apresentam um comportamento hiperativo em todos os contextos e 9% discordam totalmente, perfazendo um total de 61% de discordância, no entanto, 56% concorda que apresentam frequentemente comportamentos desadequados e 9% concorda totalmente com a mesma questão (pergunta 1.2.), o que soma uma maioria de 75%.

Os inquiridos concordam em 62% que a criança com PHDA não sabe esperar pela sua vez e é impulsiva (pergunta 1.3), mas 65% discordam quanto ao facto de prestaram atenção nas tarefas pedidas, bem como nas ordens dadas, conforme podemos verificar (pergunta 1.4).

De acordo com os dados obtidos, os inquiridos manifestam franca discórdia (63%), no que respeita às crianças com PHDA não se envolverem em conflitos e terem um relacionamento saudável com os colegas (pergunta 1.5). No entanto, 62% dos interrogados são de opinião, de que, estes alunos tornam o funcionamento da aula pouco viável e que também se distraem com relativa facilidade (pergunta 1.6).

46 dos 85 questionados, numa correspondência de (71%), não acredita que a criança com PHDA aprenda de forma semelhante aos seus colegas de turma e que não necessite de estímulos constantes (pergunta 1.7).

Como se pode verificar na tabela 2, 55% do público da amostra concorda que a criança quando não devidamente acompanhada, pode causar sofrimento não só a si, como também aos pais e para reiterar a ideia, 22% da população questionada concorda plenamente com a mesma afirmação (pergunta 1.8).

Quando são interrogadas acerca do tratamento de crianças com PHDA com medicamentos, as pessoas mostram-se um pouco inseguras, no entanto, a percentagem de pessoas que discordam e discordam plenamente perfaz um total de 83% (pergunta 1.9).

Esta é talvez das questões que suscita mais dúvidas aos intervenientes no interrogatório, a 20% não concorda nem discorda quanto ao facto da criança ser frequentemente desafiadora, agressiva e antissocial. No entanto, 31% concorda e 11% concorda totalmente, o que perfaz uma concordância na ordem dos 42%. Ainda assim, 32% discorda e considerando os 6% que discordam plenamente, 38% dos inquiridos defende que esta afirmação é falsa.

A maioria dos interrogados discorda (44%), ao passo que, discordam plenamente (23%), tornando ponto assente que as crianças com PHDA não são no contexto educativo da competência do professor de Educação Especial. Julgo ser ainda de referir que 28% diz não concordar nem discordar da afirmação.

De acordo com a tabela apresentada anteriormente, 51% dos inquiridos nem concordam nem discordam do facto da criança com PHDA poder sofrer de depressão por associação, no entanto, 8% concordam plenamente e 37% concordam o que perfaz um total de 45% da amostra que acredita que isto acontece.

Na alínea 1.13, embora maioria, ainda que ténue, de participantes no inquérito não saiba se a criança dorme tranquilamente (35 pessoas), um vasto número, acredita que esta criança apresenta dificuldades a nível do sono (30 pessoas).

Na tabela anterior, verifica-se claramente, que os professores do 2º CEB são de opinião que a criança com PHDA tem grandes dificuldades na realização dos seus trabalhos

organizada e atempadamente, uma vez que 68% discorda da afirmação e cerca de 14% discorda plenamente (pergunta 1.14).

Se na questão anterior se verifica uma grande maioria discordante, nesta, mantém-se a tendência de pessoas a discordarem da capacidade que a criança tem de cumprir rotinas (57% discorda e 23% discorda plenamente – pergunta 1.15).

3.2. O jogo

Tabela 3 - Análise descritiva das características do jogo

		1		2		3		4		5			
		Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Média	Desvio Padrão
2.1.	Não é um bom promotor do desenvolvimento cognitivo.	34	52%	24	37%	2	3%	5	8%	0	0%	1,66	0,86
2.2.	Possibilita à criança a sua descoberta e desenvolvimentos pessoal e social.	0	0%	1	2%	1	2%	26	40%	37	57%	4,52	0,61
2.3.	Ajuda a equacionar soluções benéficas para problemas comuns.	0	0%	1	2%	1	2%	28	43%	35	54%	4,49	0,61
2.4.	Não contribui para aproximar as pessoas umas das outras, estabelecendo e facilitando as relações interpessoais.	35	54%	26	40%	1	2%	3	5%	0	0%	1,57	0,74
2.5.	Favorece a expressão autêntica e espontânea de sentimentos e valores.	0	0%	0	0%	3	5%	40	62%	22	34%	4,29	0,55
2.6.	Incute na criança o sentido de responsabilidade e liberdade.	0	0%	0	0%	11	17%	34	52%	20	31%	4,14	0,68
2.7.	Implica a ausência de regras.	47	72%	12	18%	1	2%	5	8%	0	0%	1,45	0,86
2.8.	Contribui para o desenvolvimento e/ ou aprendizagem da criança.	0	0%	5	8%	1	2%	27	42%	32	49%	4,32	0,84
2.9.	É apenas uma ferramenta lúdica e de distração.	21	32%	39	60%	3	5%	1	2%	1	2%	1,80	0,73
2.10.	Não fomenta o desenvolvimento físico e da imaginação na criança.	37	57%	21	32%	6	9%	0	0%	1	2%	1,57	0,78
2.11.	Não deve ser usado como estratégia pedagógica.	33	51%	30	46%	1	2%	0	0%	1	2%	1,55	0,68
2.12.	Permite à criança estabelecer pontes com o mundo em que vive.	0	0%	0	0%	9	14%	34	52%	22	34%	4,20	0,66
2.13.	O jogo é uma importante metodologia de ensino usada com todos os alunos.	0	0%	4	6%	8	12%	25	38%	28	43%	4,18	0,88
2.14.	As desvantagens no uso do jogo conseguem superar as suas vantagens.	24	37%	16	25%	12	18%	6	9%	7	11%	2,32	1,34
2.15.	Todos os jogos podem aplicar-se de igual forma em crianças de todas as faixas etárias.	30	46%	27	42%	2	3%	4	6%	2	3%	1,78	0,98

Tendo em atenção os resultados da tabela, facilmente se conclui que os professores apresentam uma visão bastante consistente acerca da PHDA.

Concluimos que em média os inquiridos não concordam com os pontos 2.1, 2.4, 2.7, 2.9, 2.10, 2.11, e 2.15 uma vez que apresentam uma média abaixo de 2 e um desvio padrão acima de 1. Em relação à questão 2.14 a média dos inquiridos encontra-se com uma posição de discórdia, pois esta questão apresenta uma média valores próximos de 2 e com desvio padrão maior que 1, no entanto, e como indica o desvio padrão esta não é uma questão em que apresentem tanta unanimidade como nas restantes do ponto 2.

Podemos ainda concluir que em média os inquiridos concordam com os pontos 2.2, 2.3, 2.5, 2.6, 2.8, 2.12, e 2.13 pois o valor médio acima de 4 e apresentam um desvio padrão abaixo de 1.

Como podemos confirmar na tabela representada em cima, os professores têm opiniões divergentes sobre o fato do jogo não ser um bom promotor do desenvolvimento cognitivo. 37% discordam e 52% discordam totalmente, estamos então, perante uma maioria absoluta. (pergunta 2.1)

Os participantes no estudo concordam que o jogo possibilita à criança a sua descoberta e desenvolvimento pessoal e social, sendo que, 40% concorda com o item e 57% concorda totalmente (pergunta 2.2.). A alínea seguinte, segue a mesma tendência e as respostas são igualmente de concordância. Sendo que, 54% dos intervenientes concorda plenamente que o jogo ajuda a equacionar soluções e 43% concorda com a frase (pergunta 2.3.).

Se por um lado os inquiridos discordam na sua grande maioria (40%-discordam/ 54% discordam totalmente – pergunta 2.4.) de que o jogo não contribui para aproximar as pessoas umas das outras, estabelecendo e facilitando as relações interpessoais (pergunta 2.4.), por outro lado, concordam significativamente que o jogo favorece a expressão autêntica e espontânea de sentimentos e valores (concordam totalmente 62%/ concordam 34%) – (pergunta 2.5.).

Cerca de 83% dos professores que responderam a este questionário concordam ou concordam totalmente que o jogo incute o sentido de responsabilidade e liberdade na criança (pergunta 2.6.).

O resultado da pergunta 2.7 é de discórdia, quando se menciona o facto do jogo poder implicar a ausência de regras. 18% dos indivíduos discordam e 72% discordam totalmente deste item.

Os professores concordam (42%) e concordam plenamente (49%) que o jogo contribui para o desenvolvimento da criança com PHDA (pergunta 2.8).

Nas três questões seguintes, os inquiridos manifestam discordância mais ou menos acentuada, de acordo com a questão. Assim, na pergunta 2.9. perfazem um total de 92% quando se fala de considerar o jogo uma ferramenta lúdica e de distração. Na pergunta 2.10. a percentagem de discordantes é de 89% em relação ao facto do jogo não fomentar o desenvolvimento físico e da imaginação da criança. Relativamente à pergunta 2.11. os participantes discordam em 97% que o jogo não deve ser usado como estratégia pedagógica.

Cerca de 86% dos contribuintes neste estudo consideram que o jogo permite à criança estabelecer pontes com o mundo em que vive (pergunta 2.12.).

A maioria dos examinados, concorda que, o jogo é uma importante metodologia de ensino usada com todos os alunos, sendo percentagem de discórdia muito reduzida (pergunta 2.13.).

Não há um consenso tão grande como o demonstrado até aqui neste ponto as desvantagens no uso do jogo conseguirem superar as suas vantagens Nesta alínea, 37% discorda totalmente com a frase, 25% discorda, mas ainda existem outras opiniões partilhadas em relação às restantes opções, pode-se por exemplo destacar os 18% atribuídos ao não concordo, nem discordo (pergunta 2.14.).

Na última questão relacionada com o jogo, foi manifestada discórdia em relação à igual aplicação do jogo indiferentemente em todas as faixas etárias. Cerca de 88% dos participantes discordam desta forma de aplicar o jogo no contexto educativo.

3.3. A criança com PHDA e o jogo

Tabela 4 - Análise descritiva da criança com PHDA e o jogo

		1		2		3		4		5			
		Discordo		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		Média	Desvio Padrão
3.1.	A criança com PHDA pode ser motivada e estimulada no processo de aprendizagem através do uso de jogos.	0	0%	0	0%	1	2%	36	55%	28	43%	4,42	0,52
3.2.	O jogo pode proporcionar relaxamento à criança com PHDA.	0	0%	0	0%	14	22%	30	46%	21	32%	4,11	0,73
3.3.	O jogo pode ser uma boa ferramenta de trabalho quando se trata de incutir regras e normas à criança com PHDA.	0	0%	0	0%	9	14%	33	51%	23	35%	4,22	0,67
3.4.	O professor deve explicar clara e detalhadamente o jogo, corrigindo a criança com PHDA sempre necessário, mas não esquecendo de elogiá-la sempre que age de forma apropriada.	0	0%	0	0%	3	5%	36	55%	26	40%	4,35	0,57
3.5.	Os laços entre a criança com PHDA, o professor e a turma podem tornar-se mais estreitos através da prática de jogos.	0	0%	0	0%	6	9%	46	71%	13	20%	4,11	0,53
3.6.	O professor pode escolher o jogo sem ter em atenção as características da criança com PHDA.	22	34%	28	43%	7	11%	5	8%	3	5%	2,06	1,08
3.7.	A criança com PHDA não deve aprender a jogar.	36	55%	22	34%	3	5%	3	5%	1	2%	1,63	0,89
3.8.	A criança com PHDA não adquire conhecimento quando se usa o jogo como método de ensino.	29	45%	31	48%	1	2%	3	5%	1	2%	1,71	0,84
3.9.	O jogo contribui para o aumento da autoestima da criança com PHDA.	0	0%	0	0%	15	23%	35	54%	15	23%	4,00	0,68
3.10.	Através do jogo a criança com PHDA aprende a esperar pela sua vez e a tornar-se mais paciente.	0	0%	0	0%	14	22%	33	51%	18	28%	4,06	0,70
3.11.	O jogo fomenta a diminuição da impulsividade na criança com PHDA.	0	0%	0	0%	19	29%	33	51%	13	20%	3,91	0,70
3.12.	O jogo aumenta a concentração na criança com PHDA.	0	0%	0	0%	13	20%	40	62%	12	18%	3,98	0,62
3.13.	O jogo como metodologia de trabalho pode aumentar o interesse pelo trabalho escolar na criança com PHDA.	0	0%	0	0%	1	2%	46	71%	18	28%	4,26	0,47
3.14.	A criança com PHDA aprende a acalmar-se e a estar socialmente através do jogo.	0	0%	0	0%	15	23%	39	60%	11	17%	3,94	0,63
3.15.	A criança com PHDA beneficia com o uso do jogo como metodologia no seu processo de aprendizagem.	0	0%	0	0%	10	15%	41	63%	14	22%	4,06	0,60

Tendo em atenção os resultados da tabela, facilmente se conclui que os professores concordam com aplicação do jogo em contexto educativo.

Concluímos que em média os inquiridos concordam com as afirmações positivas das questões 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.9, 3.10, 3.11, 3.12, 3.13, 1.14 e 3.15 pois estas têm um valor médio quase sempre acima de 4 e apresentam um desvio padrão abaixo de 1. Concluímos também que em média os inquiridos não concordam com os pontos 3.6, 3.7, e 3.8 uma vez que apresentam geralmente uma média abaixo de 2 e um desvio padrão acima de 1. Em relação à questão 3.6 a média dos inquiridos encontra-se com uma posição de discórdia, pois esta questão apresenta uma média valores próximos de 2 e com desvio padrão maior que 1, no entanto, e como indica o desvio padrão esta não é uma questão em que apresentem tanta unanimidade como nas restantes do ponto três.

Na grupo três do questionário as respostas foram regra geral dadas com grande semelhança. Assim, nas questões 3.1., 3.2., 3.3., 3.4. e 3.5. a concordância foi muito elevada, destacando-se grandemente quando comparada com as restantes opções.

Na pergunta 3.1. cerca de 55% dos interrogados dizem concordar que a criança possa ser motivada e estimulada no processo de aprendizagem através do uso de jogos e 43% dizem concordar totalmente com o mesmo item.

Na pergunta 3.2. os participantes mostram de igual forma concordância ao facto do jogo proporcionar relaxamento à criança numa percentagem de 78% sujeitos.

Na pergunta 3.3. o jogo é encarado como uma boa ferramenta de trabalho quando se trata de incutir regras e normas à criança com PHDA, a percentagem anda à volta de 86%.

Por seu lado a percentagem de 95% de concordância na pergunta 3.4. revela que o professor deve explicar clara e detalhadamente o jogo, corrigindo a criança com PHDA sempre que necessário, não esquecendo também de elogiá-la quando age corretamente.

Na pergunta 3.5. 91% dos professores concorda que os laços entre a criança com PHDA, o professor e a turma podem tornar-se mais estreitos através da prática de jogos.

As perguntas 3.6., 3.7. e 3.8. são distinguidas nesta terceira parte do questionário pela discordância dos intervenientes, isto porque estas três alíneas contrariarem a importância de jogar.

Na pergunta 3.6. os inquiridos numa percentagem de 77% não concordam que o professor possa escolher o jogo educativo sem ter em atenção as características da criança com PHDA.

Na pergunta 3.7. os professores discordam da frase numa percentagem de 89%, mostrando-se então, a favor de que a criança com PHDA aprenda a jogar.

Os inquiridos pensam que a criança com PHDA adquire conhecimento quando se faz uso do jogo como método de ensino, contrariamente ao que lhes é exposto, e manifestam então 93% de discordância.

Os professores que contribuíram para que a elaboração deste questionário fosse possível concordam que o jogo fomenta um aumento da autoestima na criança com PHDA, sendo que, 50 pessoas se mostraram de acordo, ainda que 15 pessoas digam não concordar nem discordar com esta questão (pergunta 3.9.).

Relativamente à pergunta 3.10., os interpelados por este questionário, demonstram acreditar que, através do jogo a criança com PHDA aprende a esperar pela sua vez e a tornar-se mais paciente, numa percentagem de 79%, ainda assim 22% desta amostra declara não concordar, nem discordar.

Na questão seguinte (3.11.) mais uma vez a maioria dos inquiridos admite que o jogo contribui para a diminuição da impulsividade na criança com PHDA, num total de 46 elementos a favor, e de 19 que mostram não ter conhecimento de causa.

Tal como na questão anterior, embora 20% dos inquiridos não manifestem conhecimento de causa, 80% revelam que entendem o jogo como contributo para o aumento da concentração da criança com PHDA (pergunta 3.12.).

Por unanimidade, cerca de 99% dos indivíduos confessam encarar o jogo como uma metodologia de trabalho que pode aumentar o interesse da criança com PHDA pelo trabalho escolar (pergunta 3.13.).

Os inquiridos concordam que a criança com PHDA através do jogo aprende a estar socialmente e a acalmar-se, apenas 23% dos intervenientes diz não concordar, nem discordar (pergunta 3.14.).

Neste última questão (3.15.), os intervenientes são perentórios, concordando que a criança com PHDA beneficia com o uso de jogos como metodologia de trabalho no seu processo de aprendizagem numa percentagem de 85%.

3.4. Opinião sobre a importância do jogo

Como já foi referido anteriormente apenas 24% dos inquiridos respondeu à questão aberta do grupo 4, uma vez que somente 20 deles não trabalharam com crianças com PHDA, e este grupo era exclusivamente para os mesmos. Neste grupo, foi pedido aos docentes que exprimissem a sua opinião pessoal acerca da importância do jogo no desenvolvimento destas crianças.

Apesar de nunca terem experienciado o trabalho com estas crianças, todos os professores partilham da opinião de que o jogo pode de facto ser uma ferramenta de trabalho com bastante utilidade no desenvolvimento destas crianças, quando devidamente utilizado.

Oito dos vinte professores questionados usam expressões curtas e muito diretas para classificar a importância do jogo no desenvolvimento de crianças com PHDA.

Assim, um diz que é “favorável”, outro diz ser “fundamental” e seis destes oito professores dizem que o jogo é “muito importante”.

As restantes opiniões vão ao encontro daquilo que foi demonstrado na revisão da literatura, sendo que por diversas vezes os professores referem que o jogo é favorável à aprendizagem pois é encarado como uma forma lúdica de aprendizagem, um excelente motivador, que por isso influencia fortemente a atenção e concentração das crianças com PHDA.

Pensamos ser também importante mencionar que alguns dos inquiridos referem que o jogo é fundamental na aquisição e seguimento de regras e no desenvolvimento de um espírito de equipa.

Todos os professores que responderam a esta questão aberta concordam quanto à importância do jogo, quanto às vantagens de o usar sendo ele encarado como uma atividade lúdica e não de obrigatoriedade, pois contribui para uma aprendizagem mais genuína e relaxada. Neste sentido, um dos inquiridos refere-se ao jogo como sendo um “saco de boxe para descarregar energias”.

Em suma, estes professores dizem que o jogo é uma ferramenta de trabalho que proporciona o desenvolvimento das crianças com PHDA, reforçando ainda a ideia de que esta técnica pedagógica pode e deve ser explorado no processo de ensino e aprendizagem seja qual for o aluno em questão.

Capítulo 4 - Discussão dos Resultados

Neste capítulo faremos a discussão dos resultados, de acordo com os objetivos inicialmente estabelecidos para este estudo, organizando a discussão em concordância com a ordem seguida neste trabalho, e relacionando finalmente as diversas partes com as hipóteses estabelecidas.

Informações pessoais

Da análise dos resultados apresentados, constata-se que, na maioria, os professores inquiridos são do género feminino, têm idades que vão desde os 23 até mais de 50 anos, verifica-se no entanto que a maioria tem entre 23 e 30 anos. Relativamente ao grau de formação, os docentes são, no geral, licenciados. Contudo um largo número de professores possui Pós-Graduação/Especialização e apenas uma minoria possui Bacharelato, Mestrado e Doutoramento. Quanto ao tempo de serviço prestado, a maioria (64) dos professores tem entre 0 e 5 anos.

Informações e contacto com crianças com PHDA

Através da análise dos resultados obtidos, facilmente notamos que, a informação que os professores do 2º CEB têm sobre a PHDA é suficiente (41%), não obstante, um número significativo de inquiridos respondeu que o seu conhecimento é insuficiente (31%) e 16% classificaram-no como bom. Da mesma forma, mais de metade dos inquiridos (76%) já contactou ou trabalhou com crianças com esta perturbação, sendo por isso o número de sujeitos que nunca trabalhou reduzido (24%). Podemos verificar que a probabilidade de estes sujeitos com conhecimento suficiente/bom sobre a problemática terem desenvolvido um processo de ensino e aprendizagem com crianças portadoras da mesma é elevada, uma vez que estatisticamente os números andam próximos uns dos outros. Quando questionados acerca de terem formação para trabalhar com Educação Especial 55% responderam afirmativamente e 45% negativamente, o que demonstra que a preocupação dos professores em dar resposta aos seus alunos está a crescer.

A criança com PHDA

Foram apresentados 15 aspetos sobre as características das crianças com PHDA ao nível do seu comportamento, para que, os inquiridos os classificassem quanto à sua concordância, ou não, relativamente aos mesmos.

Concluímos que, em média os inquiridos concordam com a afirmação positiva dos itens, “pode causar sofrimento aos pais e a si própria, quando não devidamente acompanhada”, “apresenta frequentemente comportamentos desadequados”, “torna o funcionamento da aula pouco viável e distrai-se com facilidade”

Em relação à afirmação positiva dos itens, “apresenta sempre um comportamento hiperativo em todos os contextos”, “cumpre facilmente rotinas”, “realiza os trabalhos organizada e atempadamente”, “aprende de forma semelhante aos seus colegas de turma e não necessita de estímulos constantes”, “presta muita atenção às atividades e tarefas pedidas, bem como às ordens dadas”, “no contexto da sala de aula é da competência do professor de Educação Especial”, os resultados mostram-se francamente negativos, sendo que os inquiridos mostram discordância.

Relativamente às afirmações positivas “pode sofrer de depressão por associação” e “dorme tranquilamente” a média dos inquiridos encontra-se com uma posição neutra pois estes apresentam de média valores próximos de 3 e com desvio padrão menor que 1.

A afirmação positiva “é frequentemente desafiadora, agressiva e antissocial” foi a que mais controvérsia gerou, pois as respostas não apresentam unanimidade, sendo que a percentagem de concordância e de discordância é semelhante e a percentagem neutra é também significativa.

No que diz respeito ao item, na forma negativa, “não sabe esperar pela sua vez e é impulsiva”, os inquiridos avaliaram-no maioritariamente concordando com a afirmação. Os itens “não se envolve em conflitos e tem um relacionamento saudável com os colegas” e “não pode ser tratada com medicamentos”, foram as afirmações na forma negativa que mais inquiridos pontuaram com “discordo”.

Por último, podemos dizer que tendo em conta os dados obtidos, os professores de 2ºCEB, que fazem parte da nossa amostra, por conveniência têm um bom conhecimento acerca das características comportamentais das crianças com PHDA, muito embora um ou outro ponto tenham gerado alguma incerteza e incoerência de resposta.

O jogo

Concluímos que em média os inquiridos concordam com todas as afirmações positivas dos itens, à exceção do item “as desvantagens no uso do jogo conseguem superar as suas vantagens”. Esta é uma afirmação que causou maiores diferenças e dispersão na avaliação do mesmo por parte dos inquiridos, sendo que a maior parte dos professores discorda da afirmação e uma percentagem considerável concorda ou mostra-se incerto.

Quanto às afirmações positivas “implica ausência de regras”, “é apenas uma ferramenta lúdica de distração” e “todos os jogos podem ser aplicados de igual forma em crianças de todas as faixas etárias”, as respostas dos inquiridos foram sempre de cariz negativo, ou seja, mostraram sempre discórdia perante as mesmas.

Os itens “possibilita à criança a sua descoberta e desenvolvimentos pessoal e social”, “ajuda a equacionar soluções benéficas para problemas comuns”, “favorece a expressão autêntica e espontânea de sentimentos e valores”, “incute na criança o sentido de responsabilidade e liberdade”, “contribui para o desenvolvimento e/ ou aprendizagem da criança”, “permite à criança estabelecer pontes com o mundo em que vive.” e “o jogo é uma importante metodologia de ensino usada com todos os alunos” foram os que obtiveram resultados mais positivos pois os inquiridos avaliaram-nos com “concordo” e “concordo totalmente” em grande escala.

Os itens negativos “não contribui para aproximar as pessoas umas das outras, estabelecendo e facilitando as relações interpessoais”, “não é um bom promotor do desenvolvimento cognitivo”, “não deve ser usado como estratégia pedagógica”, “não fomenta o desenvolvimento físico e da imaginação na criança” são unanimemente

respondidos com discordância, pois os inquiridos avaliaram-nos maioritariamente com “discordo” e “discordo totalmente”.

Sumariamente, os professores de 2º CEB da amostra, concordam que o jogo é um grande potenciador e motivador do bom desenvolvimento global da criança e que deve ser usado tanto quanto possível como estratégia pedagógica.

A criança com PHDA e o jogo

Concluímos que em média os inquiridos concordam com todas as afirmações positivas dos itens, apresentando resultados de elevada concordância que alternaram maioritariamente entre o “concordo totalmente” e “concordo”, à exceção do item “o professor pode escolher o jogo sem ter em atenção, as características da criança com PHDA”, no qual os professores demonstram discordância numa ordem percentual elevada.

Os itens descritos no questionário na forma negativa, “a criança com PHDA não adquire conhecimento quando se usa o jogo como método de ensino” e “a criança com PHDA não deve aprender a jogar” foram avaliados pelos inquiridos negativamente com “discordo” e “discordo totalmente”.

Estes valores levam-nos a deduzir que os professores do 2º CEB, da nossa amostra, concordam que o jogo é uma ferramenta pedagógica adequada para as crianças com PHDA, que beneficia o desenvolvimento e aprendizagem das mesmas.

Influência do jogo no desenvolvimento da criança com PHDA

A opinião estritamente pessoal dos professores que nunca trabalharam com crianças com PHDA sobre o papel do jogo no desenvolvimento de crianças com PHDA, vai também ao encontro dos dados tratados nas questões de resposta fechada. Assim, estes profissionais acreditam que o jogo pode “ajudar no desenvolvimento destas crianças, na medida em que

este pode ser uma forma de cativar as crianças a aprender”, reiterando ainda que é uma ferramenta lúdico-pedagógica que pode contribuir para que “cresçam mais saudáveis numa sociedade com normas e regras”.

Resultados obtidos e hipóteses elaboradas

Hipótese de trabalho: A prática pedagógica do jogo influencia o desenvolvimento global da criança com PHDA.

O item “ o jogo como metodologia de trabalho pode aumentar o interesse pelo trabalho escolar na criança com PHDA” teve uma concordância de 71% por parte dos inquiridos que avaliaram com “concordo” e 28% responderam que concordavam totalmente com a afirmação.

Simultaneamente, o item na forma negativa “ a criança com PHDA não adquire conhecimento quando se usa o jogo como método de ensino” obteve uma discordância acentuada na ordem dos 45% para discordo totalmente e dos 48% para o discordo.

A média dos resultados aponta para uma esmagadora maioria de concordância em relação à afirmação positiva e o mesmo se passa com quase total discordância respeitante à afirmação negativa, o que significa que o jogo pode ser uma ferramenta pedagógica facilitadora da aprendizagem, que propicia o desenvolvimento de crianças com PHDA, ou ainda como mencionado por um dos inquiridos nas questões de resposta aberta “O jogo é uma ferramenta que deve ser explorada no processo de ensino aprendizagem seja qual for o aluno em questão”.

Sumariamente e, de acordo com os resultados obtidos perspectiva-se que os professores do 2º CEB consideram o jogo uma importante ferramenta lúdico pedagógica de trabalho, facilitadora da aprendizagem e que contribui beneficemente para o desenvolvimento das crianças com PHDA, ajudando-as a ultrapassar as suas dificuldades a nível social, motor, intelectual, emocional e/ ou até mesmo académicas.

Assim, o problema e hipótese de trabalho estabelecidos para a realização deste estudo verificam-se.

Comparação com a percepção dos professores do 1º CEB

A perspetiva dos professores sobre a importância do jogo no desenvolvimento de alunos com PHDA não é uma temática nova para nós.

Aquando da realização da Pós-Graduação em Educação Especial tratámos este tema, mas atendendo à perspetiva dos professores do 1º CEB, sendo que agora temos termo de comparação entre os resultados obtidos nos dois diferentes ciclos (1º e 2º).

O questionário aplicado era semelhante, salvo a pergunta aberta que nos pareceu pertinente inserir para melhor se poder analisar a perspetiva dos professores de 2º CEB que nunca trabalharam com crianças com PHDA.

No estudo em que a amostra foi limitada ao 1º CEB a amostra era constituída por 83 professores do 1º CEB, com a maior parte das idades compreendidas entre os 23 e os 30 anos. Tal como no estudo do 1º CEB, os professores do 2º CEB a amostra é maioritariamente do género feminino e as suas habilitações académicas estavam sobretudo no nível da licenciatura, com um tempo de serviço entre os 0 e 5 anos. À semelhança da amostra do primeiro estudo, a do segundo é constituída por 85 professores do 2º CEB, com características demográficas muito semelhantes às mencionadas anteriormente.

É de destacar que as principais diferenças a nível da informação pessoal, se prendem sobretudo com dados referentes à Educação Especial e à PHDA, nomeadamente com o trabalho com crianças com PHDA, com o conhecimento acerca da perturbação e com a formação em educação especial. Desta forma, a percentagem de professores que já trabalhou com crianças com PHDA subiu de 57% para 76% percentagem, logo acredito que o aumento de professores com formação em Educação Especial, está diretamente ligado com o dado anterior. Contudo, e contrariamente ao que era de esperar, a

percentagem de professores que continua a considerar insuficiente o seu conhecimento relativo à perturbação é ainda elevada, embora seja cerca de 12% mais baixa agora.

Passando à análise comparativa dos resultados alcançados no tratamento de dados dos dois estudos, deve referir-se que no geral ambos os grupos docentes apresentam opiniões muito parecidas relativamente às questões colocadas e que, por isso, sendo as hipóteses de trabalho as mesmas, ambas se verificam.

Gráfico 8 – Perspetiva dos professores do 1º CEB sobre a criança com PHDA

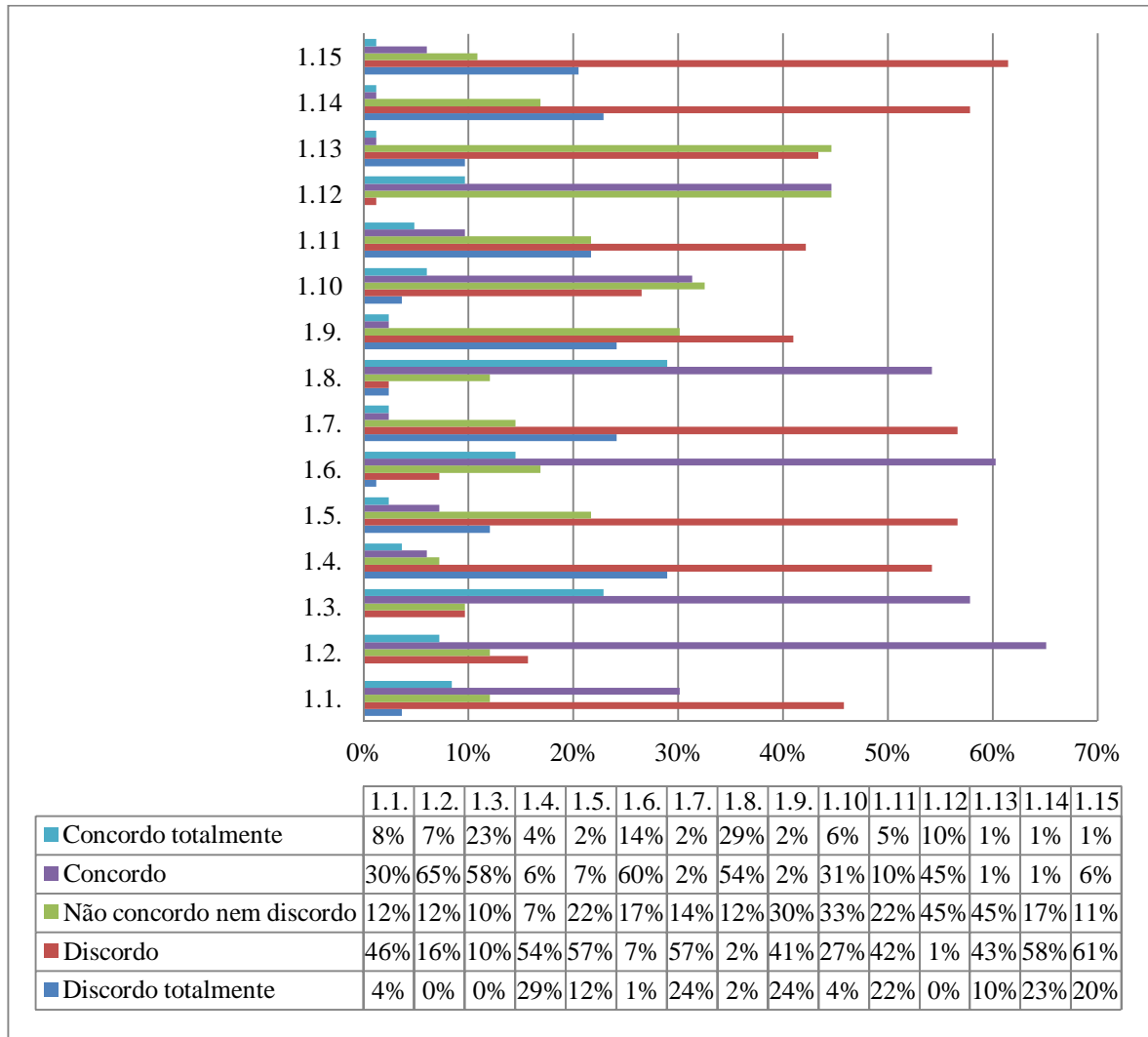
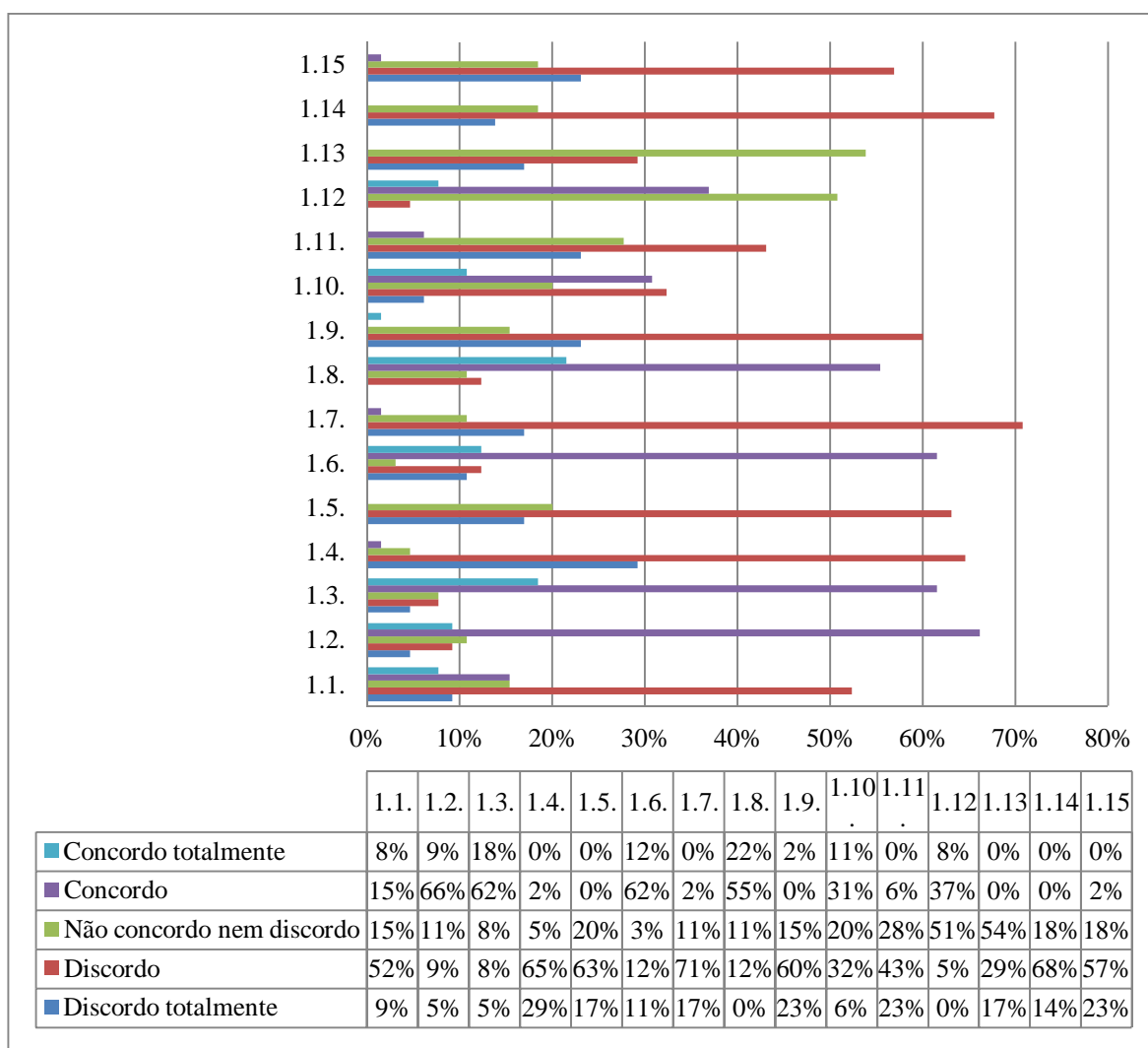


Gráfico 9 – Perspetiva dos professores do 2º CEB sobre a criança com PHDA



No grupo um foi feita uma análise descritiva das características das crianças com PHDA, concluindo-se que ambos os grupos de professores apresentam um bom nível de conhecimento sobre as características comportamentais das crianças com esta perturbação. Assim, ambas as amostras de professores concordam e discordam das mesmas questões, sendo que neste segundo estudo as percentagens de concordância e discordância tendem a ir ao encontro dos resultados do primeiro estudo, intensificando ainda mais os resultados iniciais. As exceções são as questões 1.9, 1.14 e 1.15. Na questão 1.9, “A criança com PHDA é frequentemente desafiadora, agressiva e antissocial” os professores de 1º CEB mostram maior insegurança na sua resposta, e consequentemente, uma taxa de “não concordo nem discordo” significativamente superior à verificada nas respostas dos

professores de 2º CEB. No entanto, nas questões 1.14 “A criança com PHDA realiza os trabalhos organizada e atempadamente” e 1.15 “A criança com PHDA cumpre facilmente rotinas” depreende-se um maior grau de incerteza nos professores de 2º CEB, pois as suas respostas correspondem a percentagens que rondam mais do que 50% de “não concordo nem discordo”.

Gráfico 10 – Perspetiva dos professores do 1º CEB sobre o jogo

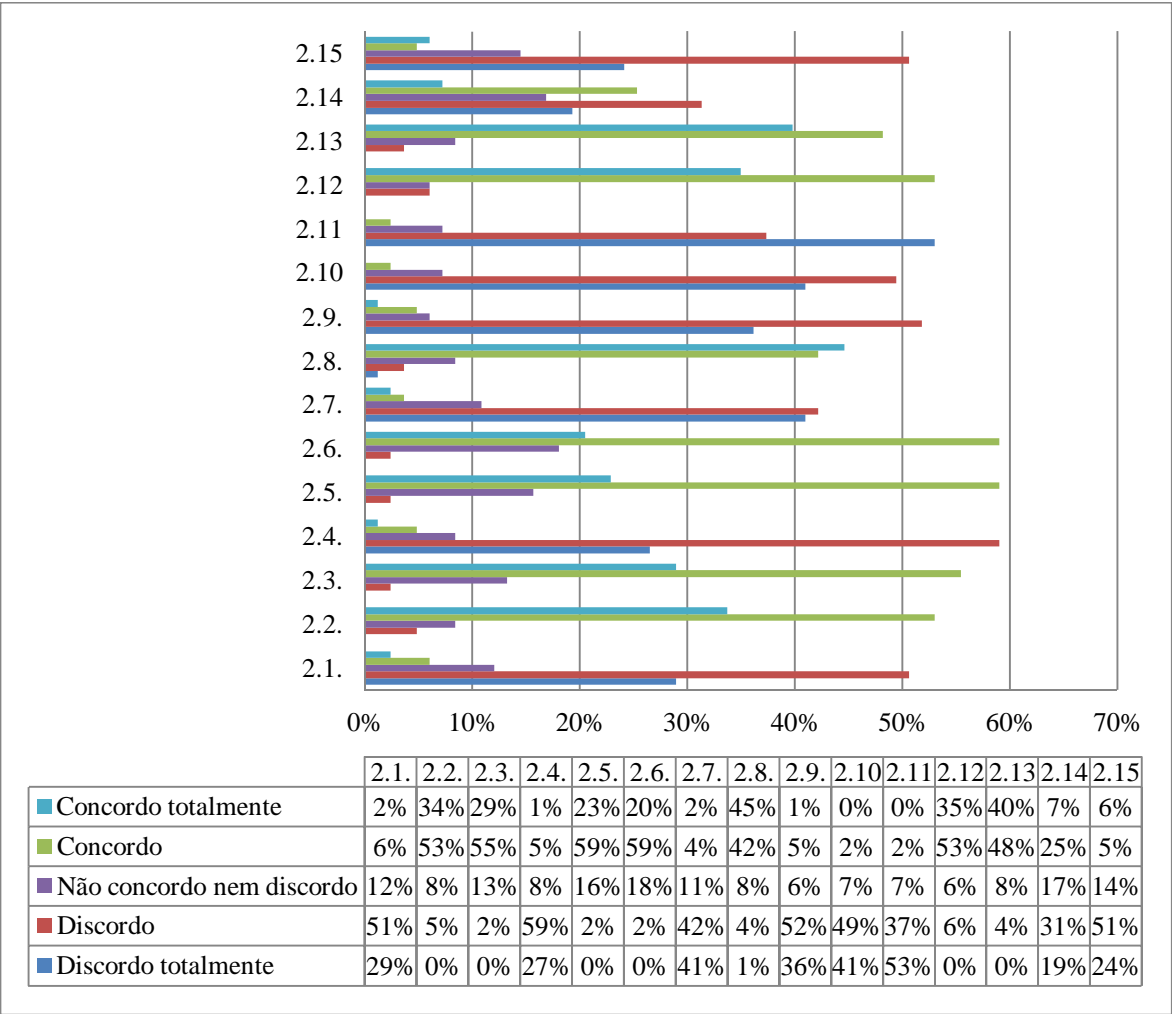
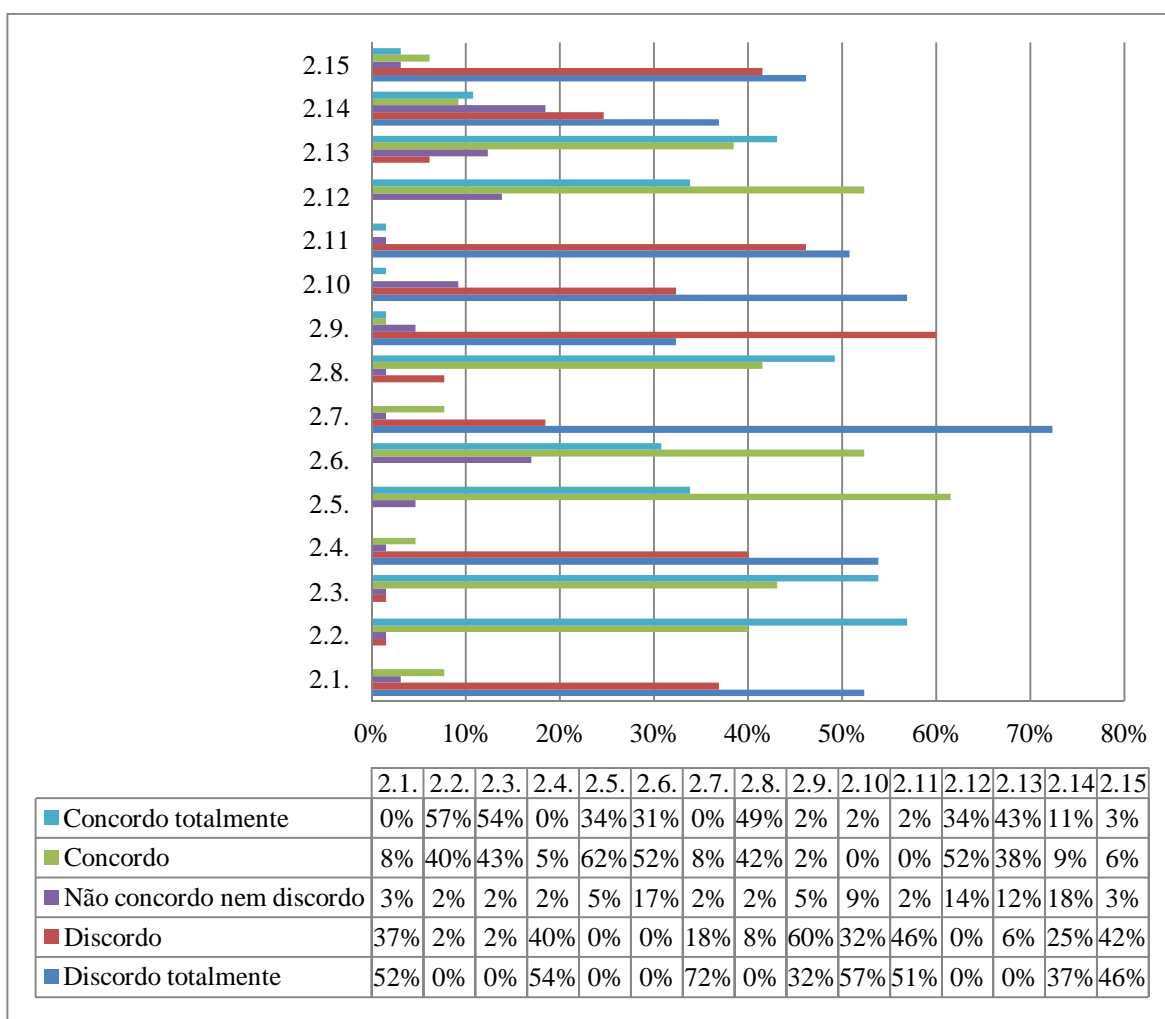


Gráfico 11 – Perspetiva dos professores do 2º CEB sobre o jogo



O grupo dois pretende analisar as características do jogo sobre a perspetiva dos professores. Paralelamente ao que aconteceu no grupo um, neste grupo os professores voltam a concordar unanimemente nas mesmas questões, sendo que todos concordam que o jogo é um grande potenciador e motivador do bom desenvolvimento global da criança. Concluimos que em média os inquiridos provenientes dos dois ciclos de ensino concordam com todas as afirmações positivas dos itens. Quanto às afirmações negativas as respostas dos inquiridos mostraram sempre discordância. Os itens negativos, por seu lado, são unanimemente respondidos com discordância, pois os inquiridos avaliaram-nos maioritariamente com “discordo” e “discordo totalmente”. Desta forma, a única questão a causar alguma discrepância, ainda que ligeira, é a 2.14 “As desvantagens no uso do jogo conseguem superar as suas vantagens”, na qual se verificam uma média satisfatória e um

desvio padrão elevado, demonstrando que em ambos os grupos de professores não há muita consistência nesta resposta. De qualquer forma, a tendência é para a não concordância com a afirmação.

Gráfico 12 – Perspectiva dos professores do 1º CEB sobre a criança com PHDA e o jogo

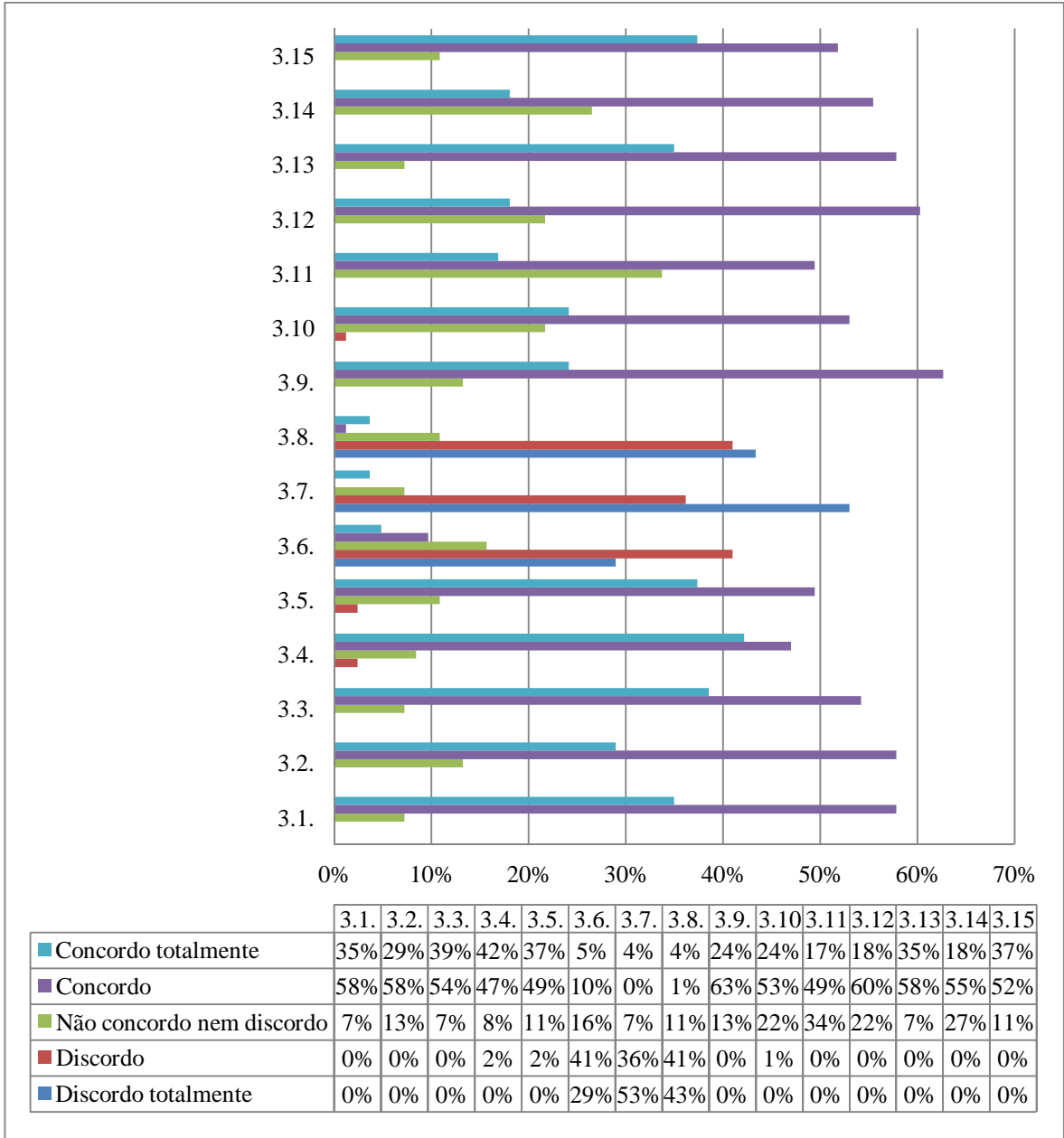
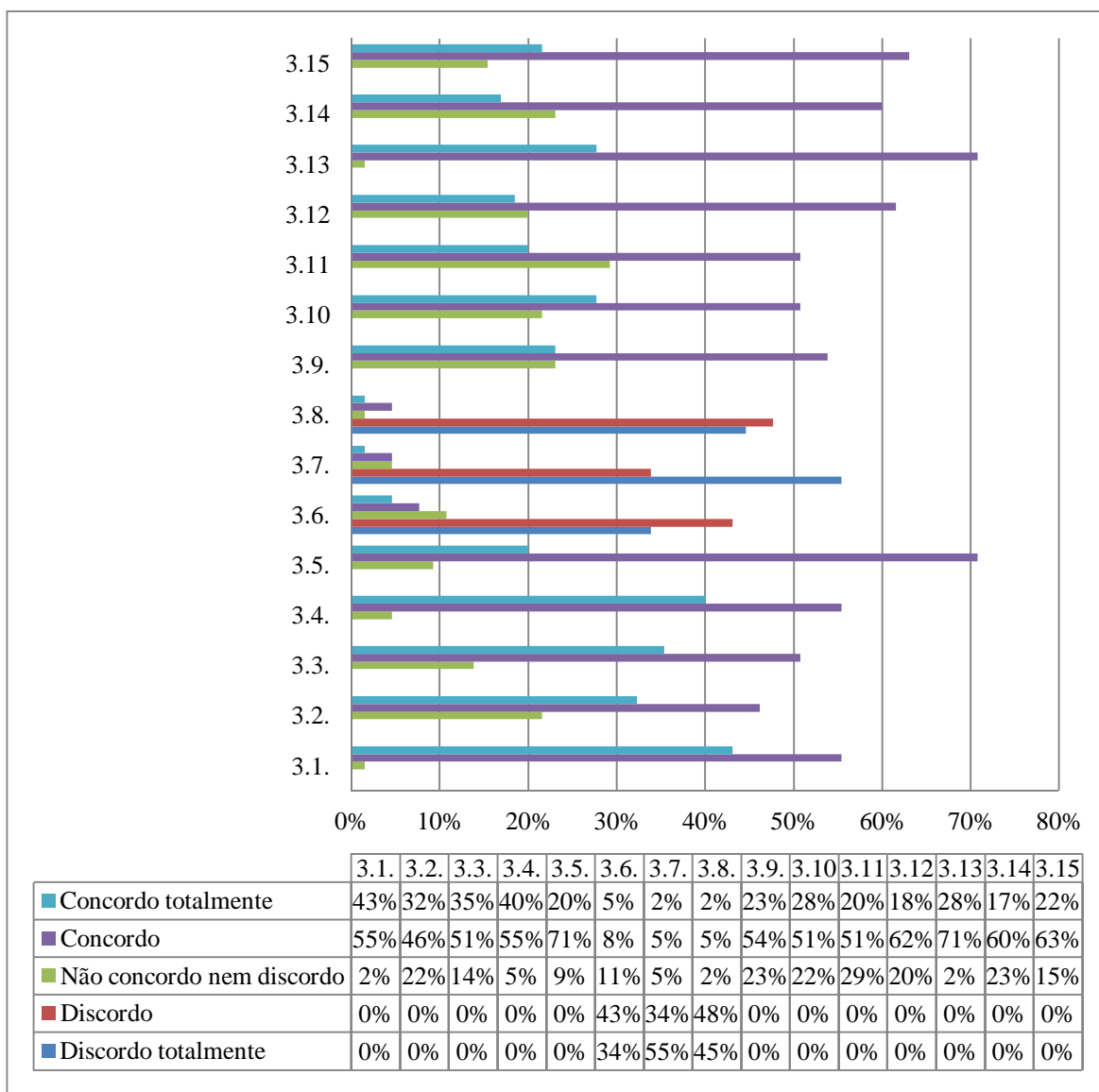


Gráfico 13 – Perspetiva dos professores do 2º CEB sobre a criança com PHDA e o jogo



Quanto ao grupo três que analisa descritivamente a relação da criança com PHDA e o jogo, arrematando que o jogo é um utensílio pedagógico adequado, e mais do que isso, fundamental para as crianças com PHDA. Dos três grupos estudados, este é aquele no qual se verifica maior concordância por parte dos intervenientes nas duas amostras. Os inquiridos concordam com todas as afirmações positivas dos itens, à exceção do item “o professor pode escolher o jogo sem ter em atenção, as características da criança com PHDA”, com o qual a maioria dos sujeitos pertencentes às amostras discorda. Os itens

descritos no questionário na forma negativa foram avaliados pelos inquiridos negativamente com “discordo” e “discordo totalmente”.

Sumariamente gostaríamos de referir que a percepção tanto dos professores de 1º CEB, como do 2º CEB, é de que o jogo na realidade é uma ferramenta pedagógica/ fundamental, que deve ser usada sempre que possível, pelas inúmeras vantagens que as crianças com e sem PHDA, daí alcançam. Assim, os professores de ambos os ciclos veem no jogo um aliado, facilitador da aprendizagem e favorável ao desenvolvimento das crianças com PHDA, contribuindo para colmatar as suas dificuldades a nível social, motor, intelectual, emocional e/ ou até mesmo académico.

Conclusão

Este estudo fez-nos perceber que os professores do 2º CEB são frequentemente confrontados com a presença de alunos com PHDA nas suas salas de aula e que, ainda assim, continuam a existir professores com défices de conhecimento nesta área, muito embora tenhamos reparado que há já uma maior preocupação em procurar formação na área da Educação Especial.

Apesar de na maior parte dos casos serem capazes de reconhecer algumas das mais importantes características da perturbação, a verdade é que, ainda que muito estudada nos últimos anos, a PHDA continua a ser pouco entendida. Quando se fala de hiperatividade a primeira imagem que continua a surgir é a de crianças irrequietas, incapazes de se controlarem e de se concentrarem.

Definida como uma perturbação neurológica do desenvolvimento, a PHDA poderá ser influenciada por fatores ambientais e persistir na vida adulta, desta forma o jogo surge como tendo um papel de extrema importância no desenvolvimento destas crianças, uma vez que esta metodologia pedagógica pode dar frutos no que diz respeito às dificuldades sociais, motoras, intelectuais, emocionais e até mesmo académicas.

Analisando este estudo, posso concluir que os professores com unanimidade reconhecem no jogo um potencial apoio no trabalho com crianças com PHDA, pois através dele poderão ajudar as crianças a superarem as limitações que esta perturbação lhes causa.

Sendo assim, consideramos que a utilização de jogos é benéfica e que estes facilitam o entendimento e auxiliam a assimilação e a memorização de conteúdos, impulsionando um melhor desempenho escolar por parte da criança em especial da criança com PHDA.

Destaca-se a necessidade de mudança na atitude dos educadores, nomeadamente pelo recurso constante a novos métodos, na aceitação das diferenças, na partilha de conquistas, perdas e afetos, numa relação que deve aprimorar pela tolerância e confiança mútuas.

O jogo é de facto visto como benéfico no processo educativo, sendo uma estratégia que permite aos alunos com PHDA utilizar a sua energia em atividades que, para além de lhes darem prazer, estimulam a sua aprendizagem, contribuindo para o aumento da autoestima e fazendo com que se sintam realmente felizes.

Conclui-se ainda que o jogo é uma estratégia pedagógica que permite que as crianças aceitem as diferenças, respeitem os outros, os seus espaços e decisões, se tornem solidárias, aprendam a trabalhar individualmente e em grupos, a dividir, a seguir regras e a exercitar as suas habilidades. Os principais benefícios prendem-se, então, com o desenvolvimento motor, intelectual, social e psicológico das crianças. Em suma, tais benefícios confirmam que os jogos são preponderantes na formação da criança e do seu carácter.

Desta forma, o jogo possui um grande valor educacional e social, até mesmo para a criança com PHDA e cada vez mais este deixa de ser diferenciado do trabalho, minimizando os preconceitos que teimam ainda em impedir a “brincadeira” como ferramenta fundamental no processo de aprendizagem. Claro que é essencial que se saliente e encare o jogo como uma atividade que pressupõe seriedade, porque, através da brincadeira, a criança ganha a capacidade de adquirir experiências, agindo e desenvolvendo os seus próprios conceitos sobre o mundo.

Apesar de haver ainda um longo caminho a percorrer, acreditamos que cada vez mais as escolas irão sofrer alterações e os seus educadores ver-se-ão impelidos a aplicar novas estratégias mesmo que, por vezes, lhes possam parecer demasiado incertas. É necessário que haja por parte dos professores uma vontade de aprofundar os seus conhecimentos, tentando encontrar a verdadeira essência destas crianças e aprender a ver não só os seus “defeitos”, mas sobretudo as suas qualidades, uma vez que só através desta análise e compreensão poderemos descobrir a verdadeira natureza destes comportamentos.

Sumariamente, e em jeito de conclusão, cabe ao professor no seu dia a dia dispor de todos os meios para identificar e avaliar objetivamente as características individuais que conduzam a intervenções enérgicas e apropriadas. Os jogos podem certamente ser um bom

contributo para incluir as crianças com PHDA no trabalho escolar e propiciar a estes alunos uma oportunidade de não só respeitarem, como serem respeitados e envolvidos num espírito de equipa, no qual todos aprendem a ser criativos e responsáveis.

É indispensável deixarmos de rotular as nossas crianças e encará-las como seres únicos que só precisam que acreditemos que elas estão aptas para ultrapassar qualquer adversidade. Estas são ainda de tenra idade, mas capazes dos maiores feitos, só é preciso que consigamos dar-lhes a conhecer as suas verdadeiras potencialidades para que se sintam mais felizes consigo mesmas e com a vida. Se estas crianças tiverem esta oportunidade irão decerto surpreender, mostrando-se como seres criativos e inteligentes que apenas precisam de amor, paciência, aceitação e muita compreensão.

Linhas futuras de investigação

Estamos conscientes de que este estudo apresenta algumas limitações. Embora nos tenhamos empenhado na distribuição e análise de inquéritos para a obtenção de resultados mais abrangentes, a verdade é que não podemos generalizar as nossas conclusões, não só porque apresentamos uma amostra reduzida, contando apenas com o contributo de 85 professores, mas também devido às opções metodológicas que fizemos. Embora tenhamos seguido os passos da investigação quantitativa e qualitativa, poderíamos ainda ter um número superior de questões abertas que nos permitiriam obter resultados mais consistentes e mais próximos da realidade.

Uma vez que já debruçamos o nosso estudo sobre a perceção de professores de dois ciclos diferentes, como linha futura de investigação poderia dirigir o universo da amostra a outras pessoas, nomeadamente a encarregados de educação e a alunos com PHDA, fazendo uma distribuição e análise de inquéritos mais abrangente, melhorando e adaptando este instrumento de acordo com o universo da amostra pretendido. Outra possibilidade, não menos interessante, seria ainda fazer um estudo de caso.

Referências bibliográficas

- Almeida, P.L. (1998). *Educação Lúdica: técnicas e jogos pedagógicos*. 5ª ed. Loyola. São Paulo.
- APA. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-IV-TR* (Almeida, J. N. trad.), 4ª ed., Texto Revisto. Climepsi Editores. Lisboa.
- Araújo, V. C. (1992). *O jogo no contexto da educação psicomotora*. Cortez. São Paulo.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: a Handbook for Diagnosis and treatment*; second edition. Guilford Press. New York.
- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Dinallivro. Lisboa.
- Bogdan e Blikem (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto Editora. Porto.
- Brotto, F. (1999). *Jogos cooperativos: se o importante é competir, o fundamental é cooperar!* 3ª ed. Projecto Cooperação. São Paulo.
- Carmo, H. e Ferreira, M.M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para Auto-aprendizagem*. Universidade Aberta. Lisboa.
- Château, J. (1975). *A criança e o jogo*. 2ª ed. Atlântida Editora. Coimbra.
- Chaves, J. H. (1992). *A incidência do jogo no processo educativo: o jogo e o ensino/aprendizagem do cálculo aritmético*. *Revista Portuguesa de Educação*. Universidade do Minho. 5. 2. pp. 77-85.
- Conners, K. (1997). *Conners' Rating Scales-Revised - Technical Manual*. Multi-Health Systems Inc. New York.

- Correia, L. M. (1999). *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto Editora. Porto.
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2007). *TDHA nas Escolas - Estratégias de Avaliação e Intervenção*. M. Books do Brasil. São Paulo.
- Elia J, Ambrosini PJ, Rapoport JL, (1999). *Treatment of Attention-deficit-hyperactivity disorder*. N Engl J Med, 340:40-6 in Revista Neurociências.
- Fonseca, A.C. (1998). *Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: questões e perspectivas actuais*. Em Hiperactividade e Problemas de Atenção em Crianças e Adolescentes. Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra, 19, pp. 165-199.
- Fortin, M. (1996). *O Processo de Investigação. Da Concepção à realização*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas. Lisboa.
- Gabriel, D. (2009). *O Papel do Jogo no Desenvolvimento da Criança com Transtorno do Deficit de Atenção e Hiperactividade*. Monografia de Pós-Graduação, Centro de Referência em Distúrbios de Aprendizagem, Brasil.
- García, I. (2001). *Hiperactividade*. McGraw-Hill. Lisboa.
- Ghiglione, R. e Matalon, B. (1993). *O inquérito: Teoria e prática*. Celta. Oeiras.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*, 5ª edição. Editora Atlas S.A. São Paulo.
- Grando, R. C. (1995). *O jogo e suas possibilidades metodológicas no processo ensino/aprendizagem da Matemática*. Campinas: FE/UNICAMP, Dissertação de Mestrado.
- Huizinga, J. (1996). *Homo ludens*. 4ª ed. Perspectiva. São Paulo.

- Huizinga, J. (2005). *Homo ludens. O jogo como elemento da cultura*. 5ª ed. Perspectiva. São Paulo.
- Kishimoto, T. M e al. (2003). *Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação*. 3ª ed. Cortez. São Paulo.
- Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Colecção Nova Era: Educação e Sociedade, Quarteto. Coimbra.
- Manuila, A., Lewalle, P., Nicoulin, M. & Manuila, L. (2004). ***Dicionário médico*** (3ª ed.). Climepsi Editores. Lisboa.
- Melo, A. I. R. (2003). *Contributos para a Avaliação da Criança com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção*. Tese de Doutoramento não Publicada Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Miranda, P. e Santamaria. M. (1987). *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje. Análisis y técnicas de recuperación*. Promolibro. Valência.
- Moratori, P. B. (2003). *Por que utilizar jogos educativos no processo de ensino aprendizagem?* Trabalho de conclusão disciplina (Mestrado de Informática aplicado à Educação). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Mota, P. (2009). *Jogos no ensino da Matemática*. Dissertação de Mestrado, Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Portugal.
- Negrini, A. (1994). *A aprendizagem e desenvolvimento infantil*. Prodil. Porto Alegre.
- Neto, C. (2003). Jogo & desenvolvimento da criança. In C. Neto (Ed.). *O Jogo e o Desenvolvimento da Criança*. Edições FMH. Lisboa.
- Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades educativas especiais na sala de aula. Um guia para professores*. Porto Editora. Porto.

Phelan, T. W. (1991). *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - Sintomas, Diagnóstico e Tratamento*. M. Books. São Paulo.

Pineda, D. et al.(1999) *Prevalence of Attention Deficit/Hyperactivity disorder Symptoms in 4 to 17 year old children in the general population. J Abnor Child Psychol.* 27.6. pp.455-462.

Quivy, R. e Campenhout,L.V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva. Lisboa.

Rizzi, L. e Haydt, R. C. (1997). *Atividades lúdicas na educação da criança*. Ed. Ática. 6ª Edição. Série Educação.

Rodrigues, A. (2005). *Hiperatividade e Déficit de Atenção. Compreender e Intervir na Escola e na Família*. CADIN.

Rodrigues, A. (2008). Intervenção Multimodal da Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção. *Diversidades*. 6 (21), pp. 9-12.

Rosado, J. (2006). *História do jogo e o game na aprendizagem*. Universidade do estado da Bahia. Brasil.

Rowland, A. S., Umbach, D. M., Catoe, K. E., Stallone, L., Long, S., Rabiner, D., Naftel, A. J., Panck, D., Faulk, R., & Sandler, D. P. (2001). *Studying the epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorder: screening method and pilot result. Canadian Journal of psychiatry*, 46(10), 931-940.

Selikowitz, M. (2009). *Déficit de Atenção e Hiperatividade*. Texto Editores. Alfragide.

Shelton, T. L. e Barkley, R. A. (1995) *The Assessement and treatment of Attention/Deficit/Hiperactivity Disorder in Children*. In Robert, M.C. (eds) *The Handbook of Pediatric Psychology*. Guiford Press. London.

- Simões, M. C. (2007). *Comportamento de Risco na adolescência*. Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia. Lisboa.
- Smith, B. H , Pelham, W. E. , Gnagy, E. , Yudell, R.S.(1998). *Equivalent effects of stimulant treatment for attention- deficit hyperactivity disorder during childhood and adolescence*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 37. 3. pp. 314-21.
- Sosin, D. & Sosin, M. (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade*. Porto Editora. Porto.
- Sousa, A. A. (2004). *Intervenção farmacológica*. In J. A. Lopes. (Ed.), *A Hiperactividade* (pp. 237-259). Quarteto. Coimbra.
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., et al. (2004). European clinical guidelines for Hyperkinetic Disorder – first upgrade. *European Child Adolescent Psychiatry*, 13(Suppl. 1), 1/7-1/30.
- Vilar, I. O. (2002). *Déficit de Atención com hiperactividad – manual para padres y educadores*. Editorial Cepe. Madrid.

Webgrafia

Baptista, M. G. F. (2010). *Perturbação de hiperactividade e défice de atenção em contexto escolar*. Acedido em: 25, agosto, 2011, em: <http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3072/1/Tese%20Luis%20DEFINITIVA.pdf>.

Falkenbach, P. A. e Pires, E. (2008). A aprendizagem e o brincar de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Digital - Buenos Aires*. Acedido em 28, setembro, 2011, em: <http://www.efdeportes.com/efd118/criancas-com-transtorno-de-deficit-de-atencao-hiperatividade.htm>.

Grando, R. C. (2001). *O jogo na educação: aspectos didático-metodológicos do jogo na educação matemática*. Unicamp. Acedido em: 12, setembro, 2011, em: www.cempem.fae.unicamp.br/lapemmec/cursos/el654/2001/jessica_e_paula/JOGO.doc.

Hamze, A. (s.d.). Acedido em: 12, setembro, 2011, em: <http://educador.brasilecola.com/trabalho-docente/o-jogo-educativo-como-fato-social.htm>.

Junior, M. (2010, 24 de janeiro). *A importância do jogo no contexto escolar*. Acedido em: 12, setembro, 2011, em: <http://praticandoeducacaofisica.blogspot.com/2010/01/importancia-do-jodo-no-contexto-escolar.html>.

Lourenço, I. (2009). *Hiperactividade e Défice de Atenção em Contexto Escolar*. Acedido em: 29, agosto, 2011 em: <http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1443/1/Hiperactividade%20e%20D%C3%A9fice%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20em%20Contexto%20Escolar%20-%20ISABEL%20LOUREN%C3%87O%20-%202009.pdf>.

Nascimento, C. P, Araujo, E. S e Migueis, M. R. (2009). *O jogo como atividade: contribuições da teoria histórico-cultural*. Revista Semestral da Associação de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE). **13**: 293-302. Acedido em 12, setembro, 2011, em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v13n2/v13n2a12.pdf>.

National Institute of Mental Health (NIMH). Acedido em: 15, setembro, 2011, em: <http://www.nimh.nih.gov/index.shtml>.

Pereira, A. (2009). *Metodologias de investigação em educação*. Acedido em 28, junho, 2012, em: http://miewebfolio.blogspot.pt/2009_11_15_archive.html.

Pinto, A. (2003). *O papel do lúdico para a aprendizagem de crianças com THDA na psicopedagogia clínica*. Monografia do curso de Especialização em Psicopedagogia Clínica e Institucional, da Universidade Estadual Vale do Aracajú – UVA, Brasil. Acedido em 12, setembro, 2011, em: <http://.profaia.com/arteducesp41.htm>.

Vargas, S. e Pavelacki, L. (2005). *A Importância dos Jogos no Desenvolvimento Educacional da Criança*. Consultado em 15, setembro 2011, em <http://guaiba.ulbra.tche.br/pesquisas/2005/artigos/psicologia/12.pdf>.

Wright, J. (1995). *ADHD: A School-Based Evaluation Manual*. Acedido em: 24, setembro, 2011, em: <http://www.jimwrightonline.com/pdfdocs/adhdManual.PDF>.

Anexos

Anexo A



Escola Superior de Educação João de Deus

Exmo(a). Senhor (a) Professor (a), caro (a) colega

Sou aluna da Escola Superior de Educação João de Deus, no Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, sob a orientação da Professora Doutora Cristina Gonçalves.

*Tem em mãos um questionário que se insere numa investigação com a seguinte temática:
A Perspetiva dos professores do 2º ciclo sobre a importância do jogo no desenvolvimento de alunos com Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).*

Lembro-lhe que não existem nem boas nem más respostas. Apenas a sua opinião para mim é importante.

Para que a possa levar a bom termo, careço da sua prestimosa colaboração. Para o efeito basta que preencha as opções que melhor corresponde à sua opinião.

Obrigada pela sua colaboração!

**Guarde uma cópia desta primeira página, pois a mesma atesta a
sua participação num projeto de investigação
em educação especial**

Grupo I – Dados pessoais e profissionais

1. Género: ☐ Feminino ☐ Masculino
2. Idade: ☐ dos 23 aos 30 anos
☐ dos 31 aos 40 anos
☐ dos 41 aos 50 anos
☐ mais de 50 anos
3. Habilitações Académicas: ☐ Bacharelato
☐ Licenciatura
☐ Pós-Graduação/ Especialização
☐ Mestrado
☐ Doutoramento
4. Tempo de serviço: ☐ de 0 a 5 anos
☐ de 6 a 10 anos
☐ de 11 a 20 anos
☐ mais de 20 anos
5. Tem algum tipo de formação em Educação Especial? ☐ Sim ☐ Não
6. Classifique o seu conhecimento sobre a PHDA. ☐ Nulo
☐ Insuficiente
☐ Suficiente
☐ Bom
☐ Muito Bom
7. Já trabalhou com crianças com PHDA? ☐ Sim ☐ Não

Grupo II – Dados em Estudo

1. A criança com PHDA:

		Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1.1.	Apresenta sempre um comportamento hiperativo em todos os contextos.					
1.2.	Apresenta frequentemente comportamentos desadequados.					
1.3.	Não sabe esperar pela sua vez e é impulsiva.					
1.4.	Presta muita atenção às atividades e tarefas pedidas, bem como às ordens dadas.					
1.5.	Não se envolve em conflitos e tem um relacionamento saudável com os colegas.					
1.6.	Torna o funcionamento da aula pouco viável e distrai-se com facilidade.					
1.7.	Aprende de forma semelhante aos seus colegas de turma e não necessita de estímulos constantes.					
1.8.	Pode causar sofrimento aos pais e a si própria, quando não devidamente acompanhada.					
1.9.	Não pode ser tratada com medicamentos.					
1.10.	É frequentemente desafiadora, agressiva e antissocial.					
1.11.	No contexto da sala de aula é da competência do professor de Educação Especial.					
1.12.	Pode sofrer de depressão por associação.					
1.13.	Dorme tranquilamente.					
1.14.	Realiza os trabalhos organizada e atempadamente.					
1.15.	Cumprir facilmente rotinas.					

2. O jogo:

		Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
2.1.	Não é um bom promotor do desenvolvimento cognitivo.					
2.2.	Possibilita à criança a sua descoberta e desenvolvimentos pessoal e social.					
2.3.	Ajuda a equacionar soluções benéficas para problemas comuns.					

2.4.	Não contribui para aproximar as pessoas umas das outras, estabelecendo e facilitando as relações interpessoais.					
2.5.	Favorece a expressão autêntica e espontânea de sentimentos e valores.					
2.6.	Incute na criança o sentido de responsabilidade e liberdade.					
2.7.	Implica a ausência de regras.					
2.8.	Contribui para o desenvolvimento e/ ou aprendizagem da criança.					
2.9.	É apenas uma ferramenta lúdica e de distração.					
2.10.	Não fomenta o desenvolvimento físico e da imaginação na criança.					
2.11.	Não deve ser usado como estratégia pedagógica.					
2.12.	Permite à criança estabelecer pontes com o mundo em que vive.					
2.13.	O jogo é uma importante metodologia de ensino usada com todos os alunos.					
2.14.	As desvantagens no uso do jogo conseguem superar as suas vantagens.					
2.15.	Todos os jogos podem aplicar-se de igual forma em crianças de todas as faixas etárias.					

3. A criança com PHDA e o jogo:

		Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
3.1.	A criança com PHDA pode ser motivada e estimulada no processo de aprendizagem através do uso de jogos.					
3.2.	O jogo pode proporcionar relaxamento à criança com PHDA.					
3.3.	O jogo pode ser uma boa ferramenta de trabalho quando se trata incutir regras e normas à criança com PHDA.					
3.4.	O professor deve explicar clara e detalhadamente o jogo, corrigindo a criança com PHDA sempre necessário, mas não esquecendo de elogiá-la sempre que age de forma apropriada.					
3.5.	Os laços entre a criança com PHDA, o professor e a turma podem tornar-se mais estreitos através da prática de jogos.					
3.6.	O professor pode escolher o jogo sem ter em atenção as características da criança com PHDA.					
3.7.	A criança com PHDA não deve aprender a jogar.					
3.8.	A criança com PHDA não adquire conhecimento quando se usa o jogo como método de ensino.					
3.9.	O jogo contribui para o aumento da autoestima da criança com PHDA.					
3.10.	Através do jogo a criança com PHDA aprende a esperar pela sua vez e a tornar-se mais paciente.					
3.11.	O jogo fomenta a diminuição impulsividade na criança com PHDA.					

3.12.	O jogo aumenta a concentração na criança com PHDA.					
3.13.	O jogo como metodologia de trabalho pode aumentar o interesse pelo trabalho escolar na criança com PHDA.					
3.14.	A criança com PHDA aprende a acalmar-se e a estar socialmente através do jogo.					
3.15.	A criança com PHDA beneficia com o uso do jogo como metodologia no seu processo de aprendizagem.					

Grupo III – Dados em Estudo

Ainda que no decorrer da sua carreira não tenha contatado com alunos com PHDA, qual a sua opinião pessoal acerca da importância do jogo no desenvolvimento destas crianças?